Zeitschrift für ärztliche Fortbildung

Unter ständiger Mitwirkung von

Prof. Dr. F. KRAUS, Geh. Med.-Rat, Berlin — Prof. Dr. F. MÜLLER, Geh. Hofrat, München — Geh. San.-Rat Dr. A. STAUDER, Vors. d. Dtsch. Ärztevereinsbundes

redigiert von

Prof. Dr. C. ADAM in Berlin

26. Jahrgang | Freitag, den 15. November 1929 | Nummer 22

Abhandlungen.

1. Die Stellung der körperlichen Minderwertigkeit in der klinischen Pathologie[1].

Von

Prof. **H. Strauß** in Berlin.

Die Anwendung des Kausalitätsbegriffs in der Medizin hat in den letzten Jahren erhebliche Wandlungen erfahren. Wir wenden das Wort „causa" heute bei weitem nicht mehr so häufig an als früher. Denn „Causa" als allgemeine und entscheidende Ursache ist nur in einer begrenzten Reihe von Fällen vorhanden, so z. B. durch Unfall, durch Blitzschlag usw. In der Mehrzahl der Fälle wirkt für die Entstehung von abnormen und pathologischen Zuständen eine Reihe von Bedingungen, „conditiones", zusammen. Das konditionelle Denken hat infolgedessen an vielen Stellen das kausale Denken ersetzt. Dabei sind die einzelnen „conditiones" im konkreten Falle nicht immer gleichwertig, so daß man von wesentlichen und unwesentlichen conditiones sprechen kann. Für die Begutachtung ist diese Unterscheidung oft außerordentlich schwierig. Zu den „Bedingungen", welche beim Zustandekommen von krankhaften Zuständen eine große Rolle spielen, gehören in besonderem Grade auch die verschiedenen Formen von körperlicher Minderwertigkeit.

Der Begriff der geistigen Minderwertigkeit hat in der Psychiatrie und in der forensischen Medizin schon lange Bürgerrecht gewonnen. Dies trifft jedoch bis jetzt für den Begriff der körperlichen Minderwertigkeit bei der Betrachtung pathogenetischer Zusammenhänge nicht in dem gleichen Grade zu. Es ist dies auffällig. Denn während die geistige Minderwertigkeit vorwiegend den Psychiater und Neurologen interessiert, sind fast alle Disziplinen der Medizin, ich nenne neben der inneren Medizin vor allem die Chirurgie und die Orthopädie, die Gynäkologie und die Geburtshilfe, die Neurologie, die Hygiene und vor allem die soziale Medizin an der vorliegenden Frage interessiert. Es ist aber auch deshalb auffällig, weil wir heute viel mehr als früher wieder die Einheit der Gesamtmenschen zum Gegenstand unserer nosologischen Betrachtung wählen, und weil wir das konstitutionelle Moment heute viel stärker berücksichtigen, als dies in derjenigen Ära der Medizin der Fall war, welche durch Virchow ihren Stempel im Sinne einer mehr lokalistischen Betrachtungsweise erfahren hatte.

Will man die körperliche Minderwertigkeit als pathogenetischen Faktor richtig bewerten, so kommt es zunächst auf eine scharfe Begriffsbestimmung an.

Körperliche Minderwertigkeit bedeutet entweder eine Herabsetzung der körperlichen Leistungsfähigkeit oder eine Herabsetzung der Abwehrkraft gegen äußere, speziell Krankheit erzeugende, Noxen oder eine Verbindung beider. Man kann auch sagen, körperliche Minderwertigkeit bedeutet eine verminderte Anpassungsfähigkeit an die Forderungen der Umwelt. Wenn man will, kann man in den Begriff der körperlichen Minderwertigkeit unter Umständen auch noch eine verminderte Widerstandskraft gegen das Altern einbeziehen, doch lassen sich die Äußerungen bzw. Folgen des Alterns auch in die bereits gegebene Definition einbeziehen.

Was bedeutet Herabsetzung der körperlichen Leistungsfähigkeit?

Wir wollen diese Frage hier nicht vom anthropologischen sondern nur vom Standpunkt des Arztes erörtern. Der Anthropologe wünscht exakte Maße, der Arzt ist meist mit Schätzungen zufrieden. Körperliche Leistungsfähigkeit läßt sich vom Standpunkt der Klinik auch kaum mit einer bestimmten Zahl umgrenzen. Denn die körperliche Leistungsfähigkeit wechselt nach Alter, Geschlecht und Konstitution. Für den Begriff der Durchschnittsleistung gilt noch die Forderung, auch bei geringen Belastungen nicht zu versagen.

Ähnlich steht es auch bezüglich der Definition des Begriffs Minderwertigkeit in bezug auf die Abwehr äußerer, spezieller Krankheit erzeugender, Noxen. Schon Virchow hat die These aufgestellt, daß die Übergänge zwischen Gesundheit und Krankheit fließende sind und

[1]) Fortbildungsvortrag, gehalten im Kaiserin Friedrich-Haus.

daß es eine scharfe Grenze zwischen beiden nicht gibt.

Wie verhält sich körperliche Minderwertigkeit zu Krankheit? Körperliche Minderwertigkeit stellt nur eine Disposition, eine Anfälligkeit zu Krankheiten dar. Krankheit entsteht erst dann, wenn noch eine neue Noxe hinzugetreten ist, welche auf dem Boden der Disposition leichter zur Wirkung gelangt, als ohne eine solche. Krankheit kann allerdings an sich auch eine körperliche Minderwertigkeit schaffen. Wir werden uns mit dieser Form der körperlichen Minderwertigkeit noch zu beschäftigen haben. Der Begriff der körperlichen Minderwertigkeit soll im vorliegenden Zusammenhang nur soviel besagen, daß bestimmte Menschen der Angriffskraft einer bestimmten Noxe leichter erliegen, als andere Menschen.

Für eine Erörterung des Begriffs körperlicher Minderwertigkeit ist es notwendig, daß wir kurz die Zustände betrachten, welche wir als körperliche Minderwertigkeiten bezeichnen. Nach dieser Richtung sind ganz allgemein zu unterscheiden Minderwertigkeiten in Bau und Leistung: a) des Gesamtkörpers, b) einzelner Organsysteme, c) einzelner Körperorgane.

Nicht immer muß dabei der Bau des Körpers verändert sein. Denn es gibt auch rein funktionelle Minderwertigkeiten. Vielleicht handelt es sich dabei aber doch öfter auch um materielle Störungen, die wir nur deshalb nicht nachweisen können, weil uns zurzeit die technischen Methoden zu ihrer Feststellung fehlen. Was die Organsysteme betrifft, so fassen wir unter diesen Begriff verschiedenes ins Auge, einmal Systeme, welche durch ihren histologischen Bau einheitlich gestaltet sind, wie z. B. das Nervensystem, das Bindegewebssystem, das hämatopoetische System = histologische Einheiten oder Gewebseinheiten, sodann aber auch Systeme, welche zu gemeinsamer Arbeit verbunden sind = Arbeitsgemeinschaften oder Betriebseinheiten. Solche Betriebseinheiten treffen wir z. B. in dem vegetativen System im Sinne von Kraus, indem hier das vegetative Nervensystem, der endokrine Apparat und die Gruppierung der Elektrolyten zu gemeinsamem Ziele verbunden sind. Aber auch das kardiovaskulare System und ebenso der Verdauungsapparat steht in so enger Verknüpfung mit dem vegetativen Nervensystem und mit übergeordneten Zentren, daß man sich die Arbeit dieser Systeme nicht ohne die Mitwirkung des Nervensystems und des endokrinen Systems denken kann.

Minderwertigkeiten in Bau und Leistung können a) angeboren, b) erworben sein. Ich ziehe diese Begriffe den Begriffen „konstitutionell“ und „erworben“ deshalb vor, weil der Begriff „konstitutionell“ von den verschiedenen Autoren in verschiedener Weise gebraucht wird. Die eine Gruppe von Autoren bezeichnet als konstitutionell diejenigen Eigenschaften des Individuums, die angeboren sind, eine zweite Gruppe von Autoren subsumiert unter den Begriff „konstitutionell“ außerdem auch noch diejenigen Eigenschaften und Fähigkeiten des Individuums, welche im postfötalen Leben erworben sind. Man kann also einen ursprünglichen und einen erweiterten Begriff der Konstitution unterscheiden. Für den ersteren Begriff hatte ich vor Jahren einmal den Ausdruck „compositio“ im Gegensatz zur „constitutio“ vorgeschlagen. Für den erweiterten Begriff der Konstitution ist noch eine ganze Reihe von Formulierungen geschaffen worden, die mehr oder weniger die Eigenart des Individuums bezeichnen wollen, auf die Reize der Umwelt zu reagieren. Die Konstitution ist jedenfalls etwas Komplexes und bedarf bei der Betrachtung körperlicher Minderwertigkeiten einer weitgehenden Berücksichtigung.

Über den Begriff der körperlichen Minderwertigkeit werden wir uns übrigens am besten verständigen, wenn wir einige Beispiele ins Auge fassen. Es stellt uns die Pathogenese für diesen Zweck zwar unendlich zahlreiche Fälle zur Verfügung, doch wollen wir uns hier nur auf die Besprechung, einiger, wie mir scheint besonders durchsichtiger, Fälle beschränken.

Was ist eine Durchschnittskonstitution? Auch diese Frage läßt sich nicht mit einer exakten Formel beantworten, denn die Körpergestalt und körperliche Leistung des Nordeuropäers ist anders, als diejenige des Südeuropäers. Trotzdem unterscheidet sowohl die Klinik wie die Anthropologie Abartungen, deren Vertreter mit mehr oder weniger Recht als körperlich minderwertig bezeichnet werden können.

Die wichtigsten Abartungen vom Durchschnittstypus stellen die Astheniker und die Pykniker dar.

Diese Abartungen entsprechen dem leptosomatischen und eurysomatischen Typus von Weidenreich, dem phthisischen und karzinomatösen Typus von Beneke, dem asthenischen und plethorischen Typus von Stiller, dem leptosomen und pyknischen Typus von Kretschmer, dem Typ respiratoire und digestive von Sigaud sowie dem katabolischen und anabolischen Typ von Pende. Im allgemeinen kann man sagen, daß die Stadtbevölkerung häufiger den leptosomen und die Landbevölkerung häufiger den eurysomen Typ darstellt. In Norddeutschland und in den nordischen Ländern ist der erstere Typ häufiger, als in Süddeutschland und im Alpengebiet.

Der Astheniker, auf dessen Bedeutung als Träger einer körperlichen Minderwertigkeit seinerzeit vor allem Stiller aufmerksam gemacht hatte, ist durch schlanken, grazilen Körperbau, zarte, dünne Beschaffenheit der Knochen, der Muskeln und der Haut ausgezeichnet. Der Rumpf ist relativ lang, der Angulus epigastricus spitz, das Gesicht ovoid gestaltet und es überwiegt der Gesichtsschädel über den Gehirnschädel. Der Hals ist lang und schmal. Der Brustkorb sowie das Abdomen ist flach und schmal. Die obere Brustapertur ist eng. Auch die inneren Organe sind zart angelegt. Man trifft oft Tropfenherz, anfällige Lungen, Langmagen, mehr oder weniger ausgesprochene En-

teroptose sowie Neurasthenie und Psychasthenie also eine Minderwertigkeit der Anlage verschiedener Systeme. Früher wurde auch die Chlorose in Beziehung zu dieser Körperkonstitution gebracht. Wenn neuerdings behauptet wird, daß die Chlorose unter dem Einfluß der modernen Frauenkleidung und der sportlichen Betätigung erheblich seltener geworden ist als früher, so muß ich doch betonen, daß sie nach meinen eigenen Erfahrungen auch früher schon selten, wenn vielleicht auch nicht so selten, wie heutzutage, gewesen ist. Jedenfalls wurde die Zahl der Chlorosefälle noch vor 30 Jahren und früher ganz erheblich überschätzt, weil um diese Zeit noch nicht systematische Hämoglobinbestimmungen ausgeführt worden sind. Viele Fälle, die damals als Chlorose bezeichnet worden sind, waren, wie ich das an anderer Stelle ausgeführt habe, nur Fälle von „Pseudoanämie", welche durch einen chronischen Angiospasmus oder durch eine sehr derbe, wenig durchsichtige, Epidermis als Chlorose vorgetäuscht worden sind. Ferner ist zu bemerken, daß man gerade unter den Asthenikern nicht bloß abnorme Erregbarkeit und Erschöpfbarkeit des Nervensystems, sondern oft auch eine besondere Regsamkeit des Nervensystems, insbesondere Interesse für allgemeine Fragen, besonders häufig antrifft. Die Astheniker sind für grobe Muskelleistungen nicht befähigt, zeigen leicht eine Insuffizienz des Verdauungsapparates und geben ein nicht kleines Kontingent für Tuberkulose ab.

Der Pykniker ist gedrungen, breit und kräftig gebaut, zeigt massiven Knochenbau und gut entwickelte Muskulatur. Der Rumpf ist relativ kurz, der Thorax breit, der Hals kurz, das Gesicht ist voll. Die körperliche Leistungsfähigkeit des Pyknikers ist in der Regel gut. Die geistige Einstellung geht meist mehr auf die Wahrung persönlicher Interessen und auf die Sorge für subjektives Behagen wie auf allgemeine Interessen. Die Anfälligkeit zu Krankheiten äußert sich besonders in der Richtung von Arteriosklerose, Gicht, Diabetes, Fettleibigkeit, Gallensteinerkrankungen u. ä.

Von den übrigen Abartungen bzw. Dygenesien interessieren noch besonders a) die Fälle von Zwerg- und Riesenwuchs, b) der Status hypoplasticus bzw. infantilis, c) der Status lymphaticus bzw. thymico-lymphaticus.

Über die Fälle von Zwerg- und Riesenwuchs brauche ich mich hier nicht ausführlich zu äußern. Ich möchte mich hier nur auf die Bemerkung beschränken, daß zahlreiche Fälle von Riesenwuchs mit einer Herabsetzung der körperlichen Leistungsfähigkeit einhergehen, und daß eine nicht geringe Zahl dieser Fälle schließlich einer Tuberkulose erliegt. Es lehrt ferner die Erfahrung, daß Gestaltungsanomalien infolge tiefgreifender endokriner Störungen zu einer allgemeinen Widerstandslosigkeit, insbesondere auch von seiten des Herzens zu führen vermögen. Dies trifft nicht nur gegenüber Infektionskrankheiten (Pneumonie, Typhus usw.) zu, sondern ich habe dies u. a. auch bei den zwei Fällen von „Virilismus suprarenalis" beobachtet, über die ich vor einigen Jahren berichtet habe. Da ich beim Studium der Literatur fand, daß der Exitus in der Mehrzahl der operativ behandelten Fälle von „Virilismus suprarenalis" eintrat, so habe ich seinerzeit vor der Operation gewarnt und eine Strahlentherapie der betreffenden Tumoren empfohlen.

Praktisch wichtiger sind die Fälle von Status hypoplasticus, den man bei besonders starker Ausbildung auch Status infantilis — oder Infantilismus — genannt hat. Man unterscheidet hierbei eine Vollform und eine Partialform. Bei der ersteren handelt es sich um ein Zurückbleiben der gesamten körperlichen Entwicklung nach Abschluß der Wachstumsperiode. Den höchsten Grad sehen wir im infantilen Zwergwuchs, bei welchem Wachstum und Reife des Körpers in gleichem Grade zurückgeblieben sind. In weniger ausgeprägten Fällen treffen wir nur einen Hypogenitalismus mit mangelhafter Ausbildung der sekundären Geschlechtscharaktere an. Als eine Partialform des Infantilismus treffen wir den Status hypoplasticus besonders beim Tropfenherzen und bei der Aorta angusta an. Infolge dieser Hypoplasie wird nicht bloß die körperliche Leistungsfähigkeit des Betreffenden und die Kompensationsfähigkeit bei Eintritt von Vitien oder Hypertonie herabgesetzt, sondern es erliegen Hypoplastiker erfahrungsgemäß auch Infektionskrankheiten wie z. B. Pneumonie usw. leichter als andere Menschen. Auch sind sie gegenüber Operationsinsulten weniger widerstandsfähig als andere. Der Status hypoplasticus verdient ferner vor allem das Interesse der Sportärzte und der begutachtenden Ärzte.

Der Status lymphaticus ist durch eine besonders starke Entwicklung des lymphatischen Gewebes an den verschiedenen Körperstellen charakterisiert und geht zuweilen auch mit einer Persistenz der Thymus nach Vollendung der Pubertät oder mit einer abnorm starken Entwicklung der Thymus vor der Pubertät einher. Träger einer lymphatischen Konstitution zeigen häufig eine Minderwertigkeit in bezug auf körperliche Leistungen sowie in bezug auf die Abwehr äußerer Schädlichkeiten. Die forensische Medizin hat uns darüber belehrt, daß plötzliche Todesfälle im Anschluß an Schreck oder Schockwirkung, ferner Narkosentodesfälle besonders bei Individuen angetroffen werden, welche die hier skizzierte Konstitutionsanomalie darbieten. Auch unter den Selbstmördern, die den Insulten und Konflikten des Lebens erlegen sind, trifft man eine nicht ganz kleine Gruppe von Trägern des Status thymico-lymphaticus.

Besonderes Interesse verdient, daß Mischformen bzw. sehr enge Beziehungen zwischen Status hypoplasticus und Status thymico-lymphaticus häufig zu treffen sind und daß auch Berührungspunkte dieser Konstitutionsanomalie mit

dem schon eingangs besprochenen Habitus asthenicus vorliegen.

Mit der Besprechung des Status thymicolymphaticus sind wir schon in eine Erörterung der Minderwertigkeit von Organsystemen eingetreten.

Bei einer Betrachtung der Minderwertigkeit anderer Organsysteme stehen in erster Linie das Nervensystem und zwar sowohl als Gesamtnervensystem wie auch als vegetatives Nervensystem. Minderwertigkeiten des Nervensystems spielen in der Praxis eine große Rolle und sind deshalb auch besonders bekannt und schon seit langem genauer studiert. Die Ausdrücke Neurasthenie und Psychasthenie drücken hier das Notwendige aus und zwar nicht nur im Sinne der abnormen Erregbarkeit sondern auch der abnormen Erschöpfbarkeit des Nervensystems. Auch die Vagotonie und Sympathikotonie wären hier zu nennen, obwohl, wie ich schon vor langen Jahren ausgeführt habe, reine Typen dieser beiden Funktionsanomalien relativ selten, sondern viel häufiger Mischformen zu treffen sind. Wie sehr auf dem Gebiete des vegetativen Nervensystems der kardiovaskulare Apparat und Verdauungsapparat interessiert, ist jedem Praktiker sattsam bekannt. Soweit das kardiovaskulare System in Frage kommt, hat man speziell auch noch von einer vasoneurotischen Konstitution gesprochen (O. Müller), doch stellt die vasoneurotische Konstitution meines Erachtens nur eine Unterabteilung der Minderwertigkeit des vegetativen Nervensystems dar.

Ein praktisches Interesse besitzt auch noch die Minderwertigkeit des hämatopoetischen Systems. Bezüglich der Pathogenese der Anaemia perniciosa ist allerdings vieles noch unklar. Am besten überschauen wir noch die Dinge bei der Bothriozephalusanämie. Hier hat aber die Erfahrung gezeigt, daß nur eine geringe Anzahl von Bothriozephalusträgern eine Perniziosa akquiriert. Diese Feststellung sowie auch eine Reihe von Erwägungen, die wir bezüglich der Pathogenese der kryptogenetischen Form der Perniziosa anstellen müssen, drängen auch hier zu der Auffassung, daß im Einzelfall das Entscheidende für die Entstehung der Perniziosa in einer primären Minderwertigkeit des hämatopoetischen Systems zu suchen ist. Auf sonstige Phänomene der Minderwertigkeit bei anderen Bluterkrankungen so z. B. auf die verminderte osmotische Resistenz der Erythrozyten bei der splenomegalischen Form des hämolytischen Ikterus will ich hier nicht weiter eingehen. Denn es zeigen die angeführten Beispiele schon, daß bei zahlreichen Organsystemen eine in der Anlage begründete körperliche Minderwertigkeit weitgehende klinische Beachtung verdient. Eine ausgesprochene Lymphozytose bei endokrinen Störungen von Erwachsenen habe ich seiner Zeit als „Infantilismus sanguinis" bezeichnet.

Aber auch Minderwertigkeiten von Organen treffen wir in vielfacher Form an. Vom hypoplastischen Herzen war schon die Rede. Eine Hypoplasie des Herzens trifft man aber gelegentlich auch ohne Aorta angusta und ohne erkennbare Zeichen eines Status hypoplasticus an. Eine verminderte Widerstandsfähigkeit der Gefäße gegen Abnutzung disponiert zu Arteriosklerose. Für die Entstehung der Lungentuberkulose ist eine Minderwertigkeit der betreffenden Lunge von großer Bedeutung. Es soll hier aber nicht diskutiert werden, wodurch eine solche im einzelnen Falle entstanden ist, ob durch Minderwertigkeit des Lungengewebes selbst, ob durch schlechte Blutversorgung — Brehmer wies seinerzeit auf das kleine Herz als wichtige Bedingung hin — oder durch die Folge einer mangelhaften Ventilation durch abnorme Beschaffenheit des Thorax. Jedenfalls wissen wir, daß für die Entstehung der Lungentuberkulose in der Anlage bedingte Momente, welche die Lungen gegenüber dem Tuberkelbazillus anfällig machen, von größter Wichtigkeit sind. (Schluß folgt.)

Aus den Heilstätten der Landesversicherungsanstalt Berlin bei Beelitz i. d. M. (Ärztlicher Direktor: Generalarzt a. D. Dr. Graessner.)

2. Die Therapie des gastrokardialen Symptomenkomplexes.

Von

Oberarzt Dr. **J. Knosp.**

Der Bitte der geschätzten Redaktion dieser Zeitschrift um Stellungnahme zu der Frage der Therapie des gastrokardialen Symptomenkomplexes komme ich mit um so größerer Bereitwilligkeit nach, als gerade die Behandlung dieses Krankheitsbildes in unseren Heilstätten dank der Anregung des Herrn ärztlichen Direktors schon seit Jahren ein ganz besonders gepflegtes Arbeitsgebiet darstellt. Bei der großen Zahl der Patienten, die durch unsere durchschnittlich mit 1200 Lungen- und Nervenkranken belegte Anstalt gehen, sehen wir nicht selten, daß der gastrokardiale Symptomenkomples anteilmäßig doch ungleich häufiger vorkommt, als gewöhnlich angenommen wird, und daß gastrokardiale Kranke fast ausnahmslos mit einer ganz allgemein gehaltenen Diagnose zu uns eingewiesen werden.

Auf die Symptomatologie des Krankheitsbildes im einzelnen einzugehen, würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten; ich verweise nur darauf, daß es sich bei dem von Roemheld eingeführten gastrokardialen Symptomenkomplex um die ungünstige Beeinflussung eines leicht erregbaren und abnorm beweglichen, aber sonst völlig intakten Herzens durch Gasansammlung unter der linken Zwerchfellkuppe und dadurch erfolgter Hochdrängung des Zwerchfells handelt. Aus dem Zwerchfellaszensus kann eine Verlagerung des

Herzens und eine Abknickung der großen Gefäße resultieren. Die unmittelbare Folge ist eine Drosselung des Blutkreislaufs, die zu schwersten stenokardoiden Attacken führen kann. Diese Erscheinungen, die infolge ihres alarmierenden Charakters den Arzt nicht selten vor die schwierigsten therapeutischen Überlegungen stellen, können durch das häufig ganz abrupte Auftreten den davon Betroffenen sozial einfach unmöglich machen. Die Therapie wird sich daher in erster Linie damit beschäftigen müssen, durch geeignete Maßnahmen, besonders durch Anregung der Zirkulation, zunächst einmal die Schwere der Anfälle zu vermindern, um allmählich ein Seltenerwerden und schließlich ein Sistieren zu erreichen. Da beim gastrokardialen Symptomenkomplex Störungen im Bereich des Magen-Darmtraktus eine auslösende Rolle spielen, muß die Therapie natürlich auch dieses Moment berücksichtigen. Mehr wie bei irgendeinem anderen Krankheitsbild wäre es bei der Behandlung gastrokardialer Beschwerden verfehlt, sich etwa an ein starres Schema zu halten. Es empfiehlt sich, in jedem Fall ausgiebig zu variieren, wobei die hier fixierten therapeutischen Erfahrungen lediglich als Richtlinien aufzufassen sind, wie wir sie zweckmäßig unserer Behandlung zugrunde legen. Infolge der oft recht unklaren Beschwerden ist selbstverständlich vor Einleitung jeder Therapie eine sorgfältige Exploration und Untersuchung erforderlich, um larvierte organische Störungen auszuschließen.

Gastrokardiale Kranke sind ausnahmslos psychisch labile Menschen, die den Arzt aus dem Grunde aufsuchen, weil sie sich vermöge der Lokalisation ihrer Beschwerden für herzkrank halten. Unter dem Einfluß fortgesetzter erfolgloser Behandlung kann sich die Vorstellung des „Herzkrankseins" mit der Zeit zu einem Komplex verdichten, der den Kranken zermürbt, zum Hypochonder macht und ihn schließlich in die Hand des Kurpfuschers treibt. Man hüte sich ebensosehr, den Kranken etwa als stigmatisiert herzkrank herumlaufen zu lassen, wie ihm zu sagen, daß es sich bei seinen Beschwerden „nur" um ein nervöses Leiden handelt. Der Kranke hat nun einmal tatsächlich seine Beschwerden, und da sich diese in die Herzgegend projizieren, vermutet er assoziativ eine ernstliche Störung. Deswegen gehe man auf seine Klagen grundsätzlich ein und kläre ihn nach der Untersuchung über die eigentümlichen Zusammenhänge zwischen Herz- und Magen-Darmstörungen auf. Wenn wir den unsere Hilfe suchenden Patienten darauf hinweisen, daß von einem Herzleiden, wie er es sich in seiner Phantasie vorstellt, ganz und gar keine Rede sein kann, daß die Behandlung des Magen-Darmkanals mindestens ebenso wichtig sei wie die Behandlung des Herzens selbst, und daß bei gewissenhafter Befolgung der Kurvorschriften eine Wiederherstellung der Gesundheit zu erwarten ist, dann haben wir bestimmt einen dankbaren Patienten mehr in unserer Praxis. Kranke, die sich selbst gut beobachten, werden uns nicht selten über Unregelmäßigkeiten in der Herzschlagfolge berichten, die sie entweder in der Herzgegend, an der Radialis oder aber, wie es oft vorkommt, beim seitlichen Liegen an Geräuschen, die von der Temporalis herrühren, feststellen. Auch in solchen, auf Innervationsstörungen beruhenden Fällen wird es unsere Aufgabe sein, den Patienten über die Bedeutungslosigkeit seiner Beobachtungen aufzuklären.

In diätetischer Hinsicht soll zunächst der Genuß aller Nahrungsmittel, die reichlich Zellulose enthalten und naturgemäß die Gasbildung begünstigen, weitestgehend eingeschränkt werden. Kohl, Kraut, Hülsenfrüchte sind verboten, Kartoffeln können als Kartoffelbrei in geringen Mengen genossen werden. Rohes Obst, mit Ausnahme von Bananen, ist zu meiden. Mit Schwarzbrot, Graubrot sei man sehr vorsichtig, neugebackenes Brot ist ganz zu verbieten, empfehlenswert sind altgebackene Semmeln. Man achte auf die irrtümlicherweise immer noch viel zu sehr propagierte Eiweißüberfütterung, man erlebt als deren Folge sonst nur eine alkalische Dyspepsie. Die Flüssigkeitsmenge soll soweit als möglich eingeschränkt werden. Grundsätzlich verbiete man den Patienten, beim Essen zu trinken, um den Magensaft nicht allzusehr zu verdünnen und für die Verdauung ungeeignete Säureverhältnisse zu schaffen. Diese Flüssigkeitszufuhr bei den Mahlzeiten hat aber, wie vielfach gar nicht bekannt ist, noch weitere Folgen. Automatisch mit der Flüssigkeitsvermehrung im Magen setzt auch eine raschere Entleerung desselben ein. Dadurch kommt die Zellulose so gut wie unverändert in den Darm. Anstatt des üblichen fermentativen Abbaus im Dickdarm verfällt nun die unveränderte Zellulose der bakteriellen Zersetzung, d. h. also der Gärung, die sich unter Umständen außerordentlich heftig gestalten und die ganzen tiefer gelegenen Darmpartien in Mitleidenschaft ziehen kann. Dieser pathologische Vorgang ist übrigens auch die Erklärung dafür, weshalb man zu dem außer Zellulose ohnehin schon viel Wasser enthaltenden Obst gleichzeitig keine Flüssigkeit mehr genießen soll. Für unsere Kranken empfiehlt sich Quellwasser, Milch, Fruchtsäfte mit Quell- oder einem stillen Mineralwasser, also etwa Fachinger. Abnorme Gärungserscheinungen haben wir bei unseren Kranken prompt mit Joghurt abgebremst. Infolge der desinfizierenden und antifermentativen Wirkung des Joghurt erlebt man erstaunlich rasch eine vollständige Umstimmung der Darmflora. Mit etwas Geschick und genügend Zeitaufwand läßt sich mittels des käuflichen Fermentes in jedem Haushalt Joghurt bequem herstellen. Viele Kranke bevorzugen den gewöhnlichen Quark, Weißkäse, den man natürlich ohne Kümmel oder Zwiebel reicht. Nikotin und Koffein sollen wegen der Gefahr der Spasmenbildung nur in ganz geringen Dosen genossen werden.

Es ist zweckmäßig, seinen Patienten ein Diät-

schema nach folgendem Muster in die Hand zu geben:

1. Frühstück: dünner Bohnenkaffee oder Tee, Milch und Zucker nach Belieben, weiche Eier, Honig, Marmelade, Butter, altgebackene Semmeln.
2. Frühstück: Joghurt, Weißkäse, Weißbrot, magerer Schinken (gekocht).

Mittagessen: Keine Suppen!
Magere Fische.
Kalb-, Rind-, Hammelfleisch, mageres Schweinefleisch, Wild und Geflügel.
Spargeln, Blumenkohl, Schwarzwurzeln, Teltower Rübchen, Sellerie, Tomaten.
Kartoffelbrei.
Grüne Salate mit Zitrone und wenig Öl.
Kompotte: je nach der Jahreszeit aus frischen Früchten oder aus Konserven, nach Geschmack mit Zucker gesüßt.
Dunstobst.
Kalte oder warme Puddings und Cremes mit diversen Saucen, Bananen, Topfkuchen.

Nachmittagskaffee: dünner Bohnenkaffee mit Milch und Zucker, Butter, Keks, Sandtorte, Königskuchen.

Abendessen: Eierspeisen (Omelettes soufflées, aux confitures), Rühreier mit Schnittlauch, magerem Schinken (gekocht) oder Spargel.
Mehlspeisen: Auflauf, Pudding, rote Grütze, Nudeln, Makkaroni.
Milchspeisen: Breie, Reis, Gries, Sago, Hafergrütze, Maizena, Mondamin.

Getränke: Quellwasser, stille Mineralwasser, leichter Rotwein, kalte und warme Milch, Fruchtsäfte.

Die Anregung der Zirkulation spielt, wie schon oben erwähnt, in der Therapie des gastrokardialen Symptomenkomplexes eine nicht unbedeutende Rolle. Wir greifen gern zu den bewährten physikalischen Heilmethoden. Faradisation, Massage, Duschen, insbesondere die Dampfstrahldusche, begünstigen den venösen Abfluß ebensosehr wie regelmäßig durchgeführte gymnastische Übungen. Mit großer Begeisterung widmen sich manche Patienten den morgendlichen Gymnastikübungen im Rundfunk. Spaziergänge, ganz besonders im Anschluß an die Mahlzeiten, sind viel zweckmäßiger als das so beliebte Mittagsschläfchen. Hierauf sollen die Patienten mit Nachdruck hingewiesen werden, da sich die gefürchteten Anfälle nicht selten beim Liegen nach dem Essen mit auffallender Intensität einstellen.

Medikamentös empfehlen sich, gerade auch bei Neigung zu Kollapszuständen, große Mengen Baldrian in irgendeiner Form, der nicht nur spasmolytisch, sondern gleichzeitig auch mild kardiotonisierend wirkt. Kommt man mit Baldrian nicht aus, dann haben wir in den Luminaletten ein etwas stärkeres Spasmolytikum mit sedativer Komponente. In schwersten Fällen greife man zum Papaverin, kombiniere mit Eumydrin und gebe unter Umständen noch 1 Luminalette dazu. Von der Verwendung des Atropins ist, da man die optimale Dosis doch selten erfaßt, abzuraten.

Die Behandlung der Verdauungsstörungen dürfte keinen großen Schwierigkeiten begegnen. Bei superaziden Zuständen, bei Pyrosis, vermeide man die Medikation des Natrium bicarbonicum, da die naszierende Kohlensäure sofort einen neuen Reiz auf die Magendrüsen ausübt und somit der Circulus vitiosus geschaffen ist. Man verordne Magnesiumperhydrol, das stets gut ertragen wird. Bei hartnäckigen Gärungserscheinungen bewähren sich immer noch die alten Goldhammerpillen. Die Anwendung reiner Tierkohle ist zwecklos, da deren Absorptionsvermögen nachläßt, sobald sie naß wird. Bei anaziden Zuständen reiche man Salzsäure in flotten Dosen, die ausschließlich — man erlebt immer wieder Verstöße gegen diese alte Regel — mit Hilfe eines Glasröhrchens eingenommen wird, da nie wieder gut zu machende Schädigungen des Zahnschmelzes die unausbleibliche Folge sind.

Bei dieser Gelegenheit soll nicht vergessen werden, noch besonders darauf hinzuweisen, daß bei der Behandlung gastrokardialer Beschwerden ebenso wie bei anderen Krankheiten eine gegebenenfalls nötige Mundsanierung selbstverständlich die Conditio sine qua non jeglicher Therapie ist. Leider wird, wie die tägliche Erfahrung lehrt, gerade hinsichtlich Mundpflege sehr vieles versäumt und zwar in allen Schichten der Bevölkerung. Bei einer systematischen Durchmusterung des Gebißzustandes seiner Patienten wird man erstaunt sein, wie hoch die Ziffer derjenigen ist, die einer Mundsanierung dringend bedürfen. Darauf zu drängen, daß diese auch tatsächlich vorgenommen wird und daß vor allem die Scheu vor dem Zahnarzt unterbleibt, ist eine in ihrer Wichtigkeit viel zu sehr unterschätzte sozialhygienische Aufgabe des Arztes.

---

3. Über die Bedeutung der allgemeinen Reizhöhe für die Entstehung und Heilung von Krankheiten und ihre Beeinflussung, besonders durch das Nordseeklima.

Von

San.-Rat Dr. **Ide**, Sanatorium Amrum.

Wie ich in einem in dieser Zeitschrift im vorigen Jahre veröffentlichten Aufsatz ausführte, ist die klimatische Behandlung an der Nordsee in hohem Grade eine Reizbehandlung. Die Wirkung der Reize, besonders von Wind und Sonne, treten hier sehr klar zutage, so daß man aus der Beobachtung derselben für die Reizwirkungen überhaupt sehr wertvolle Schlüsse ziehen kann. So war mir schon im Anfang meiner Nordseebadepraxis vor 30 Jahren die auch später sich immer

wiederholende Beobachtung entgegengetreten, daß Patienten, welche gleich im Anfang ihres Seeaufenthalts ihre oft langjährigen Leiden verloren hatten, dieselben wiederbekamen bei zu starker klimatischer Beeinflussung. Mitunter handelte es sich dabei um eine einmalige zu starke Reizung, z. B. durch eine Segelfahrt bei stürmischer Witterung, in anderen Fällen war es offenbar die Summation von kleinen, tagelang einwirkenden und schließlich das Übermaß herbeiführenden Reizen. Und in gleicher Weise wie die klimatischen, wirkten, allein oder zu jenen sich addierend, oft auch andersartige Reize, z. B. körperliche oder geistige Anstrengung oder Gemütserregungen. Durch möglichste Abstellung dieser Reize, meist unter Zuhilfenahme von Bettruhe, ließ sich dann aber in der Regel der frühere gute Zustand bald wieder herstellen. Aus alledem drängte sich mir schon lange die Auffassung auf, daß für die Entstehung von Krankheiten nicht nur der örtliche Reiz, sondern der allgemeine Reizzustand, die Summe der auf den ganzen Organismus einwirkenden Reize von ausschlaggebender Bedeutung sein müsse. Und beim Umblick in der allgemeinen Pathologie und Ätiologie der Krankheiten fand ich dies bald überall bestätigt. Selbst bei den Infektionskrankheiten vermag der einzelne Bazillus die Krankheit allein in der Regel nicht zu erzeugen, und erst wenn viele gleichartige oder andere Reize auf den Organismus einwirken oder eingewirkt haben, wird die Krankheit manifest. Für die Tuberkulose habe ich dies kürzlich in einem auf dem 50. Balneologenkongreß gehaltenen Vortrage ausführlicher dargetan. Hier davon soviel: Allgemein bekannt ist, wie Überanstrengung, Kummer und Sorgen oder auch ein einzelnes körperliches oder geistiges Trauma zu Tuberkulose disponieren. Die Pirquet-Reaktion tritt, wie bekannt, gewöhnlich 6—12 Wochen nach der Infektion auf. In manchen Fällen bleibt sie okkult. Durch sensibilisierende, den Stoffwechsel erhöhende Einflüsse, z. B. durch Vakkination, durch Einspritzung von Kolibazillen oder Organextrakten können wir sie aber manifest machen. In der Jugend erworbene, später ausgeheilte Tuberkulose erhält sich oft in Form von einzelnen Bazillen in manchen Drüsen bis ins hohe Alter. Durch Traumen oder andere schwächende Einflüsse kann sie wieder in Erscheinung treten. Daß auch bei anderen Infektionskrankheiten die Verhältnisse ähnlich liegen, hat man schon lange geahnt, ohne sich jedoch dessen recht bewußt zu werden. Neuerdings fängt man jedoch überall an, die Aufmerksamkeit darauf zu richten. Es ist also nicht der einzelne, auch nicht der einzelne bazilläre Reiz, welcher die Krankheit hervorbringt, wenn er auch den Charakter derselben bestimmt, sondern die Summe gleichzeitiger oder vorheriger Reize, unter denen der Körper steht, läßt erst die Krankheit manifest werden.

Wie sollen wir uns das erklären? — Eine plausible Erklärung gibt uns da eine alte jetzt zwar nicht mehr geltende Theorie, welche aber mit einer gewissen, unseren heutigen Anschauungen entsprechenden Umänderung doch noch zu Recht bestehen dürfte: Seit Lavoisier herrschte bis vor nicht langer Zeit die Auffassung, daß jeder Reiz für die Zelle eine Oxydation bedeute, und noch 1913 sagt der Bonner Physiologe Verworn in seiner „Lehre vom Leben", daß jede Reizung des Biogenmoleküls, sei sie nun physiologischer oder physikalischer oder chemischer oder toxischer Art, einen oxydativen Aufschluß desselben bewirke. In dieser Form ist dies nun nach dem heutigen Stand der Erkenntnis nicht richtig. Für die physiologische Muskelreizung z. B. wissen wir durch die Untersuchungen von Hill und Meyerhof, daß dieselbe zunächst einen anaeroben Vorgang auslöst, nämlich die Umwandlung von Kohlehydrat, von Glykogen, in Milchsäure, und daß erst sekundär der Sauerstoff auf die Milchsäure einwirkt, welche dadurch mehr oder weniger in Glykogen zurück verwandelt wird. Und ähnliche Vorgänge, d. h. zunächst die Bildung eines intermediären sauren Stoffwechselproduktes, welches erst sekundär der Oxydation verfällt, müssen wir uns mit aller Wahrscheinlichkeit auch bei jeder anderen Art von Zellreizung vorstellen. Bezüglich einer Reihe von physikalischen Reizen wurde dies bereits von Kroetz experimentell festgestellt. Es ergab sich, daß unter Strahlenwirkung (Höhensonne oder Röntgenstrahlen) zunächst eine Azidose der Gewebe eintrat, welche später durch Verstärkung der Atmung infolge der durch die Azidose erhöhten Kohlensäurespannung in eine Alkalose überging. Und ebenso wie hier liegen nach ihm die Verhältnisse bei hydrotherapeutischer und anderer physikalischer Einwirkung. Daß bei einer Reihe von akuten Infektionskrankheiten im Blute eine kompensierte Azidose, d. h. ein Absinken der Alkalireserve infolge von in das Blut eindringenden sauren Substanzen eintritt, wurde von Kuhlmann festgestellt und von Andersen bestatigt. Bei der Tuberkulose ist dies Absinken der Alkalireserve, die Demineralisation, eine altbekannte Sache. Genauere Untersuchungen darüber liegen neuerdings von Cahn-Odessa vor, welcher fand, daß die Blutalkaleszenz um so höher war, je geringer der tuberkulöse Prozeß oder je besser er kompensiert war, und daß dieselbe stieg mit der Besserung und sank mit der Verschlechterung des tuberkulösen Prozesses. Daß alle zu Entzündungen führende Reize mit einer Verschiebung des Säure-Basen-Gleichgewichts nach der sauren Seite hin einhergehen, ist bekanntlich von Schade (Kiel) festgestellt. — Wenn dem aber so ist, wenn alle Reizungen des Organismus in derselben Richtung wirken, dann ist der einzelne Reiz, auch der bazilläre nur ein Reiz unter Reizen, und muß für die Wirkung des einzelnen Reizes die Summe der auf den Körper wirkenden Reize mit von ausschlaggebender Bedeutung sein. Jede Reizung der Gewebe bewirkt also zunächst eine Säurung derselben. — Genauere neuere Feststellungen über

die Art dieser Säuren mögen hier unberücksichtigt bleiben. — Die Veränderungen der Blutreaktion durch den Übertritt dieser Säuren in das Blut wirkt nach Winterstein als Regulator für die Atmung und führt die Verstärkung der letzteren infolge dieser Säuren in kürzerer oder längerer Zeit je nach der Höhe der Reizung und der gebildeten Säuren zu einer mehr oder weniger vollkommenen Verbrennung derselben und Wiederherstellung der ursprünglichen Blutalkaleszenz. Eine genauere Vorstellung von diesen Vorgängen gibt uns die neue Theorie von Wieland, wonach der Stoffwechselabbau, also auch jene primären, unter Reizen auftretenden Stoffwechselveränderungen immer auf eine Freimachung des Wasserstoffs aus seinen Verbindungen hinauslaufen, die dann schließlich in der Oxydation des letzteren zur Bildung und Ausscheidung von Wasser, der bekannten Wirkung fast jeder Stoffwechselanregung führen.

Für die Beeinflussung der genannten Verhältnisse ergeben sich aus dem Vorhergesagten nun folgende Gesichtspunkte:

1. Von höchstem prophylaktischem Wert gegen alle Erkrankungen muß eine hohe Alkalireserve sein, wie sie z. B. der Sportsmann besitzt. Von gleicher Bedeutung ist nach Obigem die Atmung, und zwar sowohl die äußere wie die innere. Sie ist bis zu einem gewissen Grade wieder abhängig von der Blutalkaleszenz. Denn da das Oxyhämoglobin eine noch stärkere Säure ist als das Hämoglobin, ist die Bildung und Bindung des ersteren in der Lunge nur möglich nach dem Grade des vorhandenen Alkalivorrats im Blute, ebenso wie nach Abgabe des Sauerstoffs in den Geweben die Bindung von Kohlensäure. Des weiteren ist dafür verantwortlich die Blutzufuhr d. h. die Menge und Weite der Kapillaren in der Lunge und in den Geweben. Erfahrungsgemäß können wir Blutzufuhr, Blutalkaleszenz und Atmung beeinflussen durch Sport und Gymnastik, bei unentwickelter Lunge besonders durch Lungengymnastik. Wie weit man durch Nahrung und besonders alkalischer Nahrung darauf einwirken kann, ist neuerdings von Andersen (Kiel) ausführlicher bearbeitet und sei darauf verwiesen. Hier darüber nur soviel, daß nach unseren Ausführungen auch Säuren in kleinen Dosen und zumal organische Säuren durch Vermehrung der Wasserstoffionenkonzentration und deren Einfluß auf die Atmung zu einer Vermehrung der Alkalireserve führen können.

2. Haben Alkalireserve und Sauerstoffzufuhren nicht ausgereicht, um die durch Reize gebildeten sauren Stoffwechselprodukte innerhalb gewisser, für den Organismus tragbaren Grenzen zu halten, und sind dadurch Krankheitserscheinungen aufgetreten, ist eine aus Obigem sich von selbst ergebende Maßnahme die Herabsetzung der auf den Organismus einwirkenden Reize. In Form von Bettruhe bei allen schweren Krankheiten, in Form von Liegekuren im Freien bei allen Erschöpfungszuständen, zumal bei der Tuberkulose, machen wir erfahrungsgemäß hiervon schon lange Gebrauch.

3. Zur Heilung brauchen wir aber nicht nur Beseitigung der im Ruhestoffwechsel vorhandenen sauren Stoffwechselprodukte sondern auch der im täglichen Leben bei der Arbeit durch Schädlichkeiten und besonders durch eingedrungene und neugebildete Bakterien entstandenen. Dazu verwenden wir — wieder erfahrungsgemäß — schon lange kleine Reize, seien dieselben nun physikalischer Art (z. B. Höhensonne) oder chemischer (z. B. Eiweiß oder Metallsalzlösungen) oder toxischer Art (Tuberkulin). Erfahrungsgemäß gilt es dabei, die optimale Reizhöhe zu treffen. Das, worauf es nach unseren Ausführungen ankommt, ist die Erzielung bezüglich Erhöhung der Gewebsalkalose. Durch Versuche von Krötz wissen wir nun, daß die Umwandlung der nach Reizen eintretenden primären Azidose in eine Alkalose nur dann eintritt, wenn der Reiz eine gewisse Höhe nicht übersteigt. In dem Verhalten der Alkalireserve des Blutes dürften wir somit den viel gesuchten Maßstab für das Optimum der Reizhöhe haben. Klare verwendet dafür schon lange das Verhalten der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörper, welche nach Cahn im umgekehrten Verhältnis zur Alkalireserve steht. Ein weiterer wertvoller Gesichtspunkt für die Reizbehandlung ergibt sich aus der Muskelphysiologie. Dieselbe lehrt uns, daß wir einer durch Muskelanstrengung, z. B. einen langen Marsch entstandene allgemeine Erschöpfung beseitigen können, wenn wir andere Muskelgebiete z. B. die Arme in Tätigkeit setzen. Daraus ergibt sich anscheinend, daß wir mit unserer Reizbehandlung möglichst nicht die kranke Stelle, sondern andere Körpergebiete treffen sollen, z. B. bei der Tuberkulose besser als Tuberkulin andere Reize anwenden. Vielleicht beruht darauf schon der Vorzug der

4. klimatischen Behandlung. Als solche müssen wir bis zu einem gewissen Grade schon die Freiluftbehandlung ansehen. Denn schon bei ihr wirken Wind und Sonne mit. Außerdem spielt dabei nach unserem Gefühl auch die größere Frische und Reinheit der Luft eine Rolle, ohne daß wir uns die Bedeutung dieses Faktors bisher ganz erklären konnten. Im Zusammenhang mit unseren Ausführungen liegt der Gedanke nahe daß durch Luftreize (Staub, Bakterien, Gase) in den Luftwegen intermediäre saure Stoffwechselprodukte gebildet werden, welche bei besonderer Menge oder Wirkungskraft (Allergene), oder bei besonderer Azidose der Gewebe Reizzustände in Form von Dyspnoe oder Asthma hervorzurufen geeignet sind. Wissen wir doch durch Versuche von Zuntz u. a. daß schon die Schleimhäute der Nase auf solche Luftreize mit Kontraktionen der Ringmuskulatur der Luftwege reagieren. Nach unseren Erfahrungen entsteht die besondere Disposition zu Asthma durch häufige früher Katarrhe, starke

Erkältungen, große einmalige oder wiederholte Überanstrengungen, alles Ursachen für die wir nach Obigem eine nachhaltige Verschiebung des Säuren-Basengleichgewichts nach der sauren Seite hin annehmen müssen. Durch Verbringung derartiger Patienten in ein reines Klima wird wohl das Asthma verschwinden, nach Verlassen desselben aber wiederkehren. Nur eine Umwandlung der lokalen Gewebsreaktion auf dem Wege über die Verbesserung der allgemeinen Alkalireserve durch dosierte klimatische Reize in Verbindung mit Lungengymnastik, eventuell auch einer geeigneten Diät wird hier Abhilfe schaffen. Daß wir auch durch die Psyche auf dem Wege über das vegetative System das Säuren-Basengleichgewicht zu beeinflussen vermögen —: nach Fr. Kraus ist Sympathikusreizung gleichwertig mit Kalzium- — Vagusreizung gleichwertig mit Kaliwirkung — darauf sei bei dieser Gelegenheit nur nebenbei hingewiesen.

Diese Verschiebung des Säuren-Basengleichgewichts nach der alkalischen Seite, die für das Seeklima auch experimentell (von Fr. Müller u. a.) festgestellt ist, bildet die Hauptgrundlage für die meisten Indikationen des Seeklimas. So für die exsudative Diathese wofür Pfaundler eine Neigung zu Azidose annimmt, so für die schon von Virchow betonte Vulnerabilität der Skrofulose, so für die chronischen Katarrhe der Kinder und die externe Tuberkulose, für Neurosen und neuralgische Zustände verschiedenster Art. Die Verschiebung des Säuren-Basengleichgewichts ist hierbei die von der alten Balneologie schon lange angenommene „Umstimmung des Organismus". Die Lungentuberkulose paßt im Gegensatz zur extrapulmonalen in der Regel nicht für die See, weil die kranke Lunge zur Beschaffung des für die Umwandlung der primären Azidose in die Alkalose nötigen Sauerstoffs nicht ausreicht. Aber auch bei allen anderen Indikationen der See ist eine gewisse Dosierung der klimatischen Reize immer nötig. Sonst entstehen die eingangs erwähnten Rückfälle. Das Nordseeklima ist daher für dieselben nicht ein Heilmittel an sich sondern nur in Verbindung mit der richtigen Methode der Anwendung. Dasselbe dürfte aber auch für jede andere klimatische, balneologische und sonstige Reizbehandlung gelten. Auf diese von meinen Nordseebeobachtungen ausgehenden Erfahrungen die allgemeine Aufmerksamkeit zu richten war der Hauptzweck meiner Ausführungen.

Kurz zusammengefaßt ergeben dieselben als Resultat: 1. Für die Entstehung von Krankheiten ist nicht allein der örtliche Reiz, sondern die Summe der auf den Organismus einwirkenden Reize, die allgemeine Reizhöhe maßgebend. 2. Für die Ertragbarkeit von Reizen überhaupt, sowie für das Optimum der Reize bei der Behandlung ist die Veränderung der Höhe der Alkalireserve des Blutes der Maßstab. — Physiologische und klinische Nachprüfungen im einzelnen wären erwünscht. Für die Richtigkeit obiger Sätze werden sich jedoch jedem praktischen Arzte schon aus seinen Erfahrungen heraus Bestätigungen ergeben. Von besonderer Wichtigkeit sind dieselben für die Beurteilung der Operationsfähigkeit, der Ertragbarkeit des Operationsschocks. Kranke, die eine Stoffwechselstörung im Sinne einer Azidose zeigen, sind, wie auch von der Rehnschen Klinik in Freiburg durch Untersuchungen des Grundumsatzes festgestellt wurde, als besonders operationsgefährdet zu betrachten, und ist, wenn möglich, für eine vorherige Besserung der Alkalireserve des Blutes Sorge zu tragen.

Zusammenfassende Aufsätze über den heutigen Stand der Medizin.

1. Der Praktiker bei plötzlichen Unfällen[1]).

Von

Dr. **August Weinert,**

Facharzt für Chirurgie und Orthopädie in Charlottenburg.

Es sollen einige Richtlinien wiedergegeben werden, die sich gerade in den Jahren nach dem Kriege aus dem ungeheuren Unfallgeschehen herauskristallisiert haben, wobei unter dem Sammelbegriff „Unfallgeschehen" zweckmäßig und praktisch zu verstehen ist: 1. die Unfallvorbedingungen und Ursachen, 2. die Unfallvorgänge an sich, 3. die Unfallfolgen, 4. die Unfallfolgerungen!

Im Augenblicke eines Unfalles gibt es überhaupt nur Praktiker, d. h. praktische Tätigkeit ausübende Ärzte. Ist nach geschehenem Unglück ärztliche Hilfe vonnöten, kann und darf nicht erst lange gefragt werden: „Ist der helfende Arzt auch Chirurg? Versteht er als Ohren- oder Augenarzt auch etwas von Unfallverletzungen?" Jeder Arzt — gleichgültig, ob theoretischer oder praktischer Schulung, — muß heutzutage einem eben Verunglückten die erste sachgemäße ärztliche Hilfe angedeihen lassen können, und er muß für diesen Augenblick in jedem Augenblicke gewappnet sein! In diesem Zusammenhange hat folgende wahre Begebenheit vorbildliche Bedeutung: Ein bekannter Physiologe, Sproß einer berühmten Ärzte- und Gelehrtenfamilie, wurde einmal nach der ihm selbst am größten erscheinenden Tat seines Lebens gefragt. „Erstaunen Sie nicht", antwortete er, „wenn Sie jetzt nicht die Entdeckung eines

---

[1]) Rundfunkvortrag.

physiologischen Gesetzes oder dergleichen zu hören bekommen sondern — ja, meine sehr verehrten Zuhörer, vernehmen Sie es laut und deutlich — den Luftröhrenschnitt an einem erstickenden Kinde mit Hilfe meines Taschenmessers, hoch oben in den einsamsten Schneebergen. Als theoretischer Mediziner hatte ich niemals eine Operation am lebenden Menschen, geschweige denn eine Tracheotomie vorgenommen, von der ich mir später habe erzählen lassen, daß sie sogar den erfahrensten Geheimen Chirurgierat aus der Fassung bringen könne! Glauben Sie mir, ich war nach vollbrachter Tat auf zwei Dinge stolz: 1. selbstverständlich, daß ich das Kind retten konnte, 2. daß ich ein wirklich scharfes Taschenmesser bei mir führte."

Die Lehren aus diesem Satze sollte sich jeder Arzt zunutze machen, nur genügt in der Jetztzeit leider nicht immer nur ein scharfes Taschenmesser dazu, um einen schwer Verunglückten vor dem Tode zu bewahren! Der Kreis der Situationen, denen der praktische Arzt — oder, wie wir ihn ganz allgemein nennen wollen — der „erste ärztliche Helfer" gegenübersteht, nimmt von Tag zu Tag einen größeren Umfang ein. Es ist selbstverständlich, daß sich jeder Arzt, der sein Heimwesen verläßt, sei es zu ärztlicher Tätigkeit, sei es zu einer kürzeren oder längeren Reise, auf der die sofortige Erreichung der gewöhnlichen ärztlichen Hilfsmittel nicht möglich ist, mit einer modernen Taschenapotheke und mit Verbandszeug ausrüstet. Diese Aufforderung stellt für den praktischen Landarzt beinahe etwas Überflüssiges dar, sie ist jedoch nicht überflüssig für das Gros der Fachärzte, die kraft ihrer gesamten Fachtätigkeit bisher selten oder niemals in die Gelegenheit kamen, verunglückten Menschen die erste Hilfe angedeihen zu lassen. Es wäre auch sehr wünschenswert, daß möglichst viele Ärzte Autofahren lernten. Eine conditio sine qua non ist jedoch, daß der Landarzt, sowie der einsam im Gebirge wohnende Sanatoriumsarzt mit der Handhabung des Motors und des Kraftwagens genau Bescheid wissen. Es ist des öfteren vorgekommen, daß zwei Automobile zusammenstießen und beide Chauffeure schwer verletzt wurden. Erste ärztliche Hilfe war schnell zur Stelle, die notwendigen Hilfsverbände waren bald sachgemäß angelegt. Aber dann ergab sich die große Schwierigkeit, nämlich die Schwerverletzten mit dem am wenigsten beschädigten Auto in das nächste Krankenhaus zu schaffen. Die anwesenden Landleute und der Arzt verstanden nichts vom Autofahren, und so mußten denn Stunden verloren gehen, ehe ein erforderlicher operativer Eingriff bei den Verletzten vorgenommen werden konnte!

Gerade dieses Geschehnis bringt die Notwendigkeit mit sich, einmal kurz die Maßregeln zu besprechen, die der Arzt in der Stadt und besonders in der Großstadt und die der Arzt auf dem flachen Lande dem Unfallgeschehen gegenüber beachten müssen. Der Arzt in der mittleren Stadt und in der Großstadt muß in erster Linie einmal genauestens über die Einrichtungen der „Ersten Hilfe", in Berlin z. B. des Rettungsamtes, Bescheid wissen. Aber auch sein Personal muß in dieser Weise orientiert sein, es muß wissen, auf welche Art es Rettungsamt, Feuerwehr, Polizei usw. telephonisch anzurufen hat, damit im Ernstfalle nicht unersetzliche Zeit vergeudet wird. In Berlin sind diese Dinge vorbildlich geordnet. Es bedarf lediglich des Rufes: „Bitte Rettungsamt", „Bitte Feuerwehr", um von der Post sofort die nötige Verbindung zu erhalten. In mittleren und kleineren Städten müssen neben dem Telephonapparat des Arztes ein- für allemal die Hauptverbindungen im eben genannten Sinne, rot unterstrichen, in jedem Augenblicke erreichbar sein.

Der folgende Satz hat nun eine sehr wichtige Bedeutung, wenn er auch einer ganz besonderen Einschränkung bedarf: Je eher der Schwerverletzte die endgültige Hilfe, d. h. die Hilfe durch die Chirurgenhand erhält, desto aussichtsreicher für die Erhaltung seines Lebens, desto besser für den späteren Grad seiner Erwerbsfähigkeit! Die Einschränkung dieses an und für sich so beachtenswerten Satzes lautet aber: Besteht begründete Annahme, daß der Transport dem Verunglückten erneute Schädigung bringt, dann muß der „erste ärztliche Helfer" in Ausnahmefällen es auch wagen, den Verunglückten in einem dem Unfallorte nächstgelegenen Raume vorerst unterzubringen. Derartige Situationen werden bei den guten Transportverhältnissen, insonderheit bei den bestens konstruierten modernen Krankenautos immer seltener werden, und doch sind sie zu bedenken, weil Transportschädigungen leider in der Vergangenheit verhältnismäßig oft beobachtet werden mußten. Es ist vorgekommen, daß ein Verunglückter, der einen Beckenbruch mit Harnröhrenzerreißung erlitten hatte, mit zum Platzen prall angefüllter Harnblase nach längerem Transport ins Krankenhaus gelangte. Wenn auch die Gefahr des Platzens der Harnblase an und für sich gering ist, so bedeutet doch der große, man darf sagen „Fremdkörper" im Leibe für die Tätigkeit von Zwerchfell, Lunge und Herz eine ungemein große Behinderung! Wenn auf derartige Verhältnisse Rücksicht genommen wird, so kann natürlich manche weitere Schädigung eines Verletzten vermieden werden. Ist der „erste ärztliche Helfer" zur Vornahme einer Blasenpunktion nicht ausgerüstet, dann sollte er in solchen Fällen lieber einmal den chirurgischen Kollegen des nächsten Krankenhauses mit dem dazu notwendigen Handwerkszeuge herbeibitten. Im übrigen ist ja eine Blasenpunktion keine Großtat, vorausgesetzt, daß sie tief unten und mit einer feinen Kanüle ausgeführt wird!

Im gewöhnlichen Leben glaubt selbstver-

ständlich der Chauffeur, der einen Verletzten zum Krankenhause bringen muß, möglichst schnell fahren zu sollen. Sicherlich ist auf einer schlechten Landstraße die mittelschnelle Fahrt weniger unangenehm als die langsame, andererseits darf der Chauffeur aber auch nicht, wie ich es selbst vor einiger Zeit erlebt habe, mit einem Schwerverletzten im Wagen eine Art Wettfahrt unternehmen wollen. Gerade in diesem Sinne muß der ärztliche Helfer in Zukunft aufklärend wirken, zumal es auf dem Lande ja noch nicht die Rettungsorganisationen gibt, wie sie die Großstadt als selbstverständlich enthält. Der praktische Arzt sollte, wo immer eine derartige Organisation im Entstehen ist, praktische Mitarbeit leisten. Er kennt das in Frage kommende Gebiet am besten von seinen täglichen Praxisfahrten, er kann durch seinen Rat und seine Mithilfe die leider nur bescheidenen Mittel, die jetzt für diese Organisationen zur Verfügung gestellt werden, vor unbefriedigender Anwendung bewahren. Der Praktiker soll aber auch vor allem der Leiter der Ersten Hilfekolonnen auf dem Lande werden und bleiben. In dieser Beziehung bestehen bereits in einer Reihe von Landstädten erste Hilfekolonnen, die Sonnabends, Sonn- und Feiertags einen ununterbrochenen Dienst ausüben und von denen aus sofort der diensthabende Arzt erreicht werden kann, kurz, die die in der Großstadt befindlichen mustergültigen Verhältnisse auf das Land zu übertragen sich bemühen.

Es gibt nun eine ganze Reihe von Verletzungen, bei denen eine sofortige Überführung in die Hand des Chirurgen das A und O der gesamten Hilfe darstellen muß. Der erste ärztliche Helfer muß gerade diese Verletzungen von Grund auf kennen. Zu ihnen gehören vor allen Dingen die Brustkorbverletzungen, in Sonderheit Quetschungen, bei denen keine äußerliche Wunde vorhanden und bei denen doch ein Einriß der Lunge zustande gekommen ist. Diese Verletzungen haben die Gefahr der Ventilatmung. Nur der Einschnitt in die Brustwand kann den Verletzten retten, ein Eingriff, der so gut wie immer an das Krankenhaus gebunden, wenn er auch technisch leicht ist. Zu den unbedingt sofort chirurgisch in Angriff zu nehmenden Verletzungen gehören auch die schweren Bauchverletzungen, bei denen ja nicht einmal eine Blutleere angelegt werden kann. Zu ihnen sind weiterhin die schweren Schädeltraumen zu zählen, bei denen Erscheinungen des Hirndrucks vorliegen. Mit jeder Minute wird der Druck auf das Gehirn durch die zunehmende Blutung stärker und damit die Gefahr für das Leben des Verletzten. Zu den Verletzungen dagegen, bei denen der erste ärztliche Helfer selbst eine Zeitlang ausharren muß, rechnet man die schweren Schocks, d. h. Wund- und Verletzungsschreckzustände. Man kann sich diese Art Geschädigter als „gelähmt" vorstellen, gelähmt in dem Sinne, daß nur noch eine verhältnismäßig kleine neue Lähmungsdosis genügt, um die totale Lähmung, d. h. den Tod, herbeizuführen! Ein ungeschickter Transport, ein überschnelles Fliegen über Chausseelöcher im Auto, können diese Dosis zehnmal in sich enthalten, und schließlich ist die eigentliche Todesursache des Schwerverletzten der ungünstigste Transport, der doch nach Annahme aller Beteiligten dem Manne möglichst schnelle Hilfe bringen sollte! Hier muß nochmals wiederholt werden: was im Kriege möglich war, muß auch im Frieden erreichbar sein! Im Kriege hat man gelernt, Schwerstverwundete und -kranke ordnungsgemäß zu transportieren, man hat aber auch gelernt, die gleichen Kranken in einem an und für sich nicht dazu geschaffenen Raume zu pflegen und zu retten. Hier muß der erste ärztliche Helfer, vornehmlich also der praktische Arzt, in Zukunft eine weise Auswahl zu treffen imstande sein.

Bei dieser Gelegenheit noch ein Wort über die Blutungsstillung. Die bisherige Schule sprach vom Thrombus als einem hauptsächlichen blutstillenden Moment. In Zukunft darf man nun nicht mehr von einer Blutstillung, sondern muß von einer Blutungsstillung reden. Man kann nur die Blutung, niemals aber das Blut stillen! Diese Blutungsstillung ist in erster Linie von der Kontraktion = Zusammenziehung der Gefäße abhängig. Nach dem Stufengesetz von Gustav Ricker, Magdeburg, reagiert nun das Gefäß mit seinen eigenen Zusammenziehungen und Erweiterungen auf die Stärke des vorhandenen Reizes. In praktische Worte gekleidet lautet dies: „Die Ausreißung eines Armes, die Abquetschung eines Beines bedingen durchaus nicht immer schwere Blutung oder Verblutung, oft erfolgt nur eine einzige Blutwallung, dann steht die Blutung! Warum!? Weil unter dem ungeheuren Unfallreiz die Arterien sich zusammengezogen haben bis zur Berührung ihrer Wände. Würde die gleiche Arterie mit dem Rasiermesser durchschnitten werden, so würde so gut wie sicher die Verblutung stattfinden. Der erste Helfer muß gerade diesen Zustand genauestens kennen, er muß wissen, daß er gerade in diesem Falle eine besonders sichere Blutleere anlegen muß, damit nicht später, wenn der Verletzte aus seinem Schockzustande erwacht, wenn er sich auf dem rüttelnden Transport befindet, wenn sein Blutdruck steigt, an den Folgen der „Bierschen Stauung" zugrunde geht, die in Wirklichkeit die so gutgemeinte „Esmarchsche Blutleere" darstellt. Gerade am Oberschenkel ist die Anlegung einer Blutleere recht schwierig, es gehören unter Umständen besondere Kräfte dazu. Man kann sich sichern, indem man Knebel und Hebel verwendet, Dinge, die ja jeden im Felde gewesenen Arzte geläufig sind. Jeder Arzt sollte auch in seinem Verbandsmaterial den sogenannten „Harmonikatampon" mit sich führen, der eine geänderte lange Binde darstellt, durch deren Mitte ein kräftiger Bind- oder Seidenfaden gereiht ist, der seinerseits wieder am unteren Ende der Binde mit derselben vernäht wurde. Nach Zustopfung

der Wundhöhle mit dieser Binde streift man dann über den kräftigen Bindfaden die gesamte Binde ab, wodurch ein sehr starker Druck auf die Gefäße der Wundhöhle ausgeübt werden kann (vgl. Fig. 1 u. 2).

Gleichgültig, welches Spezialfach ein Arzt ausübt, er sollte über die Industrie seiner Umgebung genau unterrichtet sein. Gerade in den letzten Wochen sind häufige Gasexplosionen zur Beobachtung gekommen. In solchem Falle muß, wie bereits am Anfang erwähnt, jeder Arzt Helfer

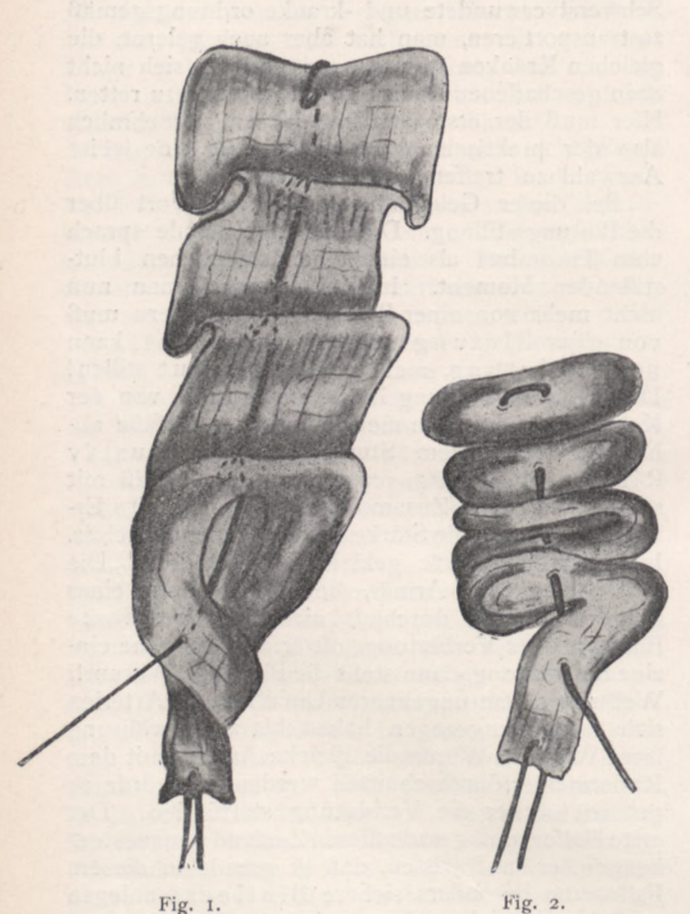


Fig. 1. Fig. 2.

Fig. 1. Harmonika-Tamponade. Die Abbildung zeigt die Armierung des Seidenfadens.

Fig. 2. Die Wirkung der Tamponade. Durch Abstreifen am Faden ist die Zusammenfaltung bewerkstelligt worden.

(Fig. 1 und 2 aus: Weinert, Chirurgie der Milz und der sogenannten Blutkrankheiten, Urban & Schwarzenberg, Berlin 1927.)

sein können. Jeder modern eingestellte Fabrikleiter wird mit Genugtuung den Besuch der in seiner Nähe wohnenden Ärzte begrüßen, wenn diese um Besichtigung und um Studium der besonderen Fabrikeinrichtungen bitten. Gerade die Kenntnis der Unfallschädigungen erleichtert dem Arzte die Tätigkeit und bringt dem Verletzten Nutzen! Jeder ärztliche Helfer muß heute aber auch über die Gefahren des elektrischen Stromes, der Gasvergiftungen usw. unterrichtet sein, gleichgültig, ob die Wissenschaft noch darüber diskutiert, welche Todesursache z. B. beim „elektrischen Tod" maßgebend ist. Der „erste praktische Helfer" muß wissen, daß der elektrisch Geschädigte möglichst in Ruhe gelassen werden muß, d. h. nicht hin und her transportiert werden darf, und daß vor allen Dingen lange genug die künstliche Atmung bei ihm angewendet werden muß. Wiederum gilt für den elektrisch Verletzten der eben beim Schock genannte Satz: Hier liegt eine Lähmung des Gefäßnervensystemes vor, eine Lähmung, die jederzeit durch einen ungünstigen Transport in eine totale, nämlich den Tod, umgewandelt werden kann!

Zum Schluß noch einige sachliche Bemerkungen! Im Interesse des Verletzten, aber auch im Interesse des Arztes ist es notwendig, daß der „erste ärztliche Helfer" sich jedesmal von dem stattgehabten Unfalle eine kleine Lageskizze und einige genaue Notizen mit nach Hause nimmt. Diese Aufzeichnungen sind nicht nur für die Berufsgenossenschaft, für die Gutachten, für die soziale Regelung, sondern auch unter Umständen für die strafrechtliche von Bedeutung. Ganz besonders dankbar wird der Richter dem Arzte sein, wenn dieser durch seine sachliche Art, den Unfall zu behandeln, auch der Rechtsprechung zu Hilfe kommen kann. Dann noch eins: Vorsicht bei gutachtlichen Äußerungen! Niemals in einem ersten Gutachten Tuberkulose oder Krebs in direkten Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen bringen! Derartige Bemerkungen haben schon viel Unannehmlichkeiten in die Welt gesetzt!

Die heutige Zeit erlaubt es leider dem ersten ärztlichen Helfer nicht mehr, den Schwerverletzten, dem er wahrscheinlich das Leben durch sachgemäße Hilfeleistung gerettet hat, bis zur Heilung zu behandeln. Hier müssen Chirurg und Krankenhaus in Funktion treten. Von jeher war es Pflicht des Arztes, seine eigenen Interessen hinter die der Allgemeinheit zu setzen, und die Aufgabe des Arztes beim Unfallgeschehen muß in erster Linie Organisationsarbeit sein. Der berühmte Bonner Frauenarzt Fritsch verband im Jahre 70 als junger Assistenzarzt in der vordersten Linie Verwundete. Sein von 64 und 66 her geschulter Stabsarzt ließ ihn nach der Schlacht von Spichern zu sich kommen und sagte ihm: „Kollege Fritsch, Sie haben sich heute todesmutig und tapfer gezeigt, sachlich haben Sie schlechte Arbeit geleistet. Wenn Sie genau verbinden wollen, so ist erstens der Platz, den Sie gewählt haben, ungeeignet, er muß ja im nächsten Augenblicke den ärztlichen Helfer selbst mit vernichten, zweitens haben Sie nur ganz wenigen Menschen Hilfe bringen können. In Zukunft dürfen Sie nicht verbinden, das müssen die Sanitäter tun. Sie müssen den Rücktransport organisieren, Sie müssen überall und nirgends sein, damit die verwundeten Soldaten wissen, es ist ein sach- und fachlich ausgebildeter Arzt zur Stelle!" Diese Worte haben heute für den „ersten ärztlichen Helfer" bei Unglücksfällen nach wie vor die allergrößte Bedeutung. Not-

wendig ist dann aber auch eine ideale Zusammenarbeit von praktischem Arzt, d. h. erstem ärztlichen Helfer und Krankenhausarzt und Chirurg. Ich glaube, es würde möglich sein, während jeder Woche einmal zur gegebenen Zeit, den praktischen Arzt, in dem seiner Tätigkeit zugewiesenen Krankenhause alle Verletzten zu zeigen, die er in der vergangenen Woche eingewiesen hat, oder an deren Verletzungen er selbst für sein Wissen und für das Wohl der Bevölkerung lernen kann. Es liegt leider in der Natur der Sache, daß unter der wohlgeordneten aseptischen Tätigkeit der späteren Krankenhaushelfer der erste ärztliche Helfer, der in Nacht und Nebel an gefährlicher Stelle Menschenleben gerettet hatte, in den Hintergrund tritt.

---

2. Aktive ärztliche Hydrotherapie.

Von

Dr. **R. F. Weiß** in Schierke im Harz,
Chefarzt des Sanatorium Schierke.

Hauffe weist in Nr. 22 (1928) dieser Zeitschrift sehr zu Recht auf den großen Nachteil hin, welcher der Ärzteschaft und nicht zuletzt auch dem ärztlichen Ansehen dadurch erwächst, daß der Arzt die Ausführung der von ihm verordneten hydrotherapeutischen Maßnahmen größtenteils dem unteren Pflegepersonal überläßt. Durch die Ausbildung und Systematisierung der ärztlichen Psychotherapie ist fraglos der ärztlichen Behandlung ein großes, zeitweise ganz in Laienhänden befindliches Terrain erfolgreich zurückgenommen worden; bei der physikalischen Therapie bleibt hier noch viel zu tun übrig. Bei den elektrotherapeutischen Maßnahmen steht es diesbezüglich noch am besten. Dies liegt nur zu einem Teile daran, daß zur Bedienung der oft komplizierten Apparate ein größeres Verständnis notwendig ist.

Für die meisten anderen Gebiete der physikalischen Therapie trifft dies aber keineswegs oder höchstens ausnahmsweise zu. Cornelius hatte als einer der ersten erkannt, daß eine sachgemäße Massage bei Krankheitszuständen nur vom Arzt selbst ausgeführt werden dürfe. Wir können der von Cornelius ausgehenden Bewegung gar nicht dankbar genug sein.

Noch schlimmer steht es um die Hydrotherapie. Auch für die hydrotherapeutischen gilt ebenso wie für alle sonstigen physikalisch-therapeutischen Maßnahmen die Regel, daß nur bei richtiger Indikationsstellung und zweckmäßiger Ausführung ein optimaler Heilerfolg zu erwarten ist. Alle Neubauten erhalten jetzt, selbst in den kleinsten Wohnungen, ein Bad und eine Dusche und geben dem Arzte dadurch weitere Möglichkeiten erfolgreiche Hydrotherapie zu treiben.

Schon diese Erkenntnis sollte den Arzt veranlassen, die Hydrotherapie nicht zu vernachlässigen. Dazu gehört nun freilich auch, daß die verordneten hydrotherapeutischen Anwendungen zur aktiven ärztlichen Therapie werden. Wenigstens die erste Anwendung dieser Art, sei es ein Leibumschlag, eine Schottische Packung, ein Teilbad oder dgl. sollte der Arzt selbst ausführen, das erste Bad selbst überwachen usw. Dadurch gewinnt der Kranke ein ganz anderes Zutrauen zu der Heilanwendung, der Konnex zwischen Arzt und Patient wird inniger und vor allen Dingen: der Arzt behält die Behandlung selbst fest in der Hand. Ganz automatisch wird sich dann auch eine weit bessere materielle Bewertung dieser Leistungen durch den Kranken einstellen und der Arzt, der heute vielfach unter der Flut der neuen Arzneimittel zu ersticken droht, wird aufatmen in dem Gefühl, mit eigener Hand an der Genesung seines Patienten mitgearbeitet zu haben

---

Anfragen aus dem Leserkreis.

1. Was ist Alastrim?

Von

H. A. Gins.

Mit Alastrim bezeichnet man neuerdings eine akute exanthematische Infektionskrankheit, welche zuerst und eingehend in Südamerika beschrieben worden ist. Sie verläuft durchaus unter dem klinischen Bild der Variola, unterscheidet sich von ihr aber durch die geringere Letalität. Das Interesse an dieser Krankheit hat stark zugenommen; denn sie ist seit mehreren Jahrzehnten auch in den Vereinigten Staaten von Nordamerika heimisch und hat sich seit einigen Jahren auch in einigen europäischen Staaten gezeigt. In den Jahren 1921/23 trat sie in der Schweiz auf und hat sich seit derselben Zeit in England zur endemischen Krankheit entwickelt.

Bei der Alastrimerkrankung ist der Beginn dem der Variola vera gleich. Aus den Prodromalsymptomen läßt sich aber nichts auf den weiteren Verlauf schließen. Auch bei schweren Anfangserscheinungen verläuft die Krankheit meistens ungefährlich. Die Letalität liegt bei 1 Proz. gegen 15 und mehr Proz. bei der klassischen Variola.

Die Frage, ob es sich bei Alastrim um die echte Variola handele, oder um eine ähnliche, aber wesensfremde Erkrankung, ist in den letzten Jahren intensiv bearbeitet worden. Die Lösung des Alastrimproblems muß in der Richtung der ätiologischen Einheit gesucht werden. Es sind bereits an mehreren Arbeitsstellen Tierversuche mit dem Alastrimvirus durchgeführt worden,

welche ergaben, daß das Verhalten des Virus dem des Variolavirus entspricht. Die englische Auffassung, welche die Alastrimfälle als Variola minor betrachtet und sie in seuchenpolizeilicher Hinsicht der Variola gleichstellt, ist daher durchaus gerechtfertigt. Die Gründe für die Änderung des Variolatypus in den erwähnten Ländern sind unbekannt und ebenso unbekannt ist es vorläufig noch, ob die Alastrimform der Variola einen irreversiblen Zustand darstellt, oder ob mit einem Rückschlag in die klassische Form gerechnet werden muß. Die bemerkenswerte Stabilität der Alastrimform in Amerika läßt einen baldigen Umschlag nicht erwarten. Da aber in den von Alastrim befallenen Ländern sich auch gelegentlich schwere Variolafälle ereignen, deren Einschleppung aus anderen Ländern nicht immer erwiesen werden kann, so muß mit der Möglichkeit einer spontanen Virulenzsteigerung gerechnet werden.

In epidemiologischer Hinsicht ist es wichtig, daß die Alastrimform sich nur in einigen Ländern hält, während die Nachbarländer die typische Variola haben, z. B. U. S. A., die fast ausschließlich Alastrim kennen, während das Nachbarland Mexiko die typische Variola hat. Ebenso ist die Epidemie von der Schweiz aus auf kein Nachbarland übergegangen und der englische Ausbruch bleibt dort lokalisiert als Alastrim, während die Pockenfälle in Frankreich in den letzten Jahren immer dem klassischen Typus zugehörten und ebenso die seltenen Fälle, die in den letzten Jahren in Deutschland beobachtet worden sind. Es ist nicht ausgeschlossen, daß der Impfzustand der einzelnen Völker hierbei von Einfluß ist.

Die Immunitätsverhältnisse bei Alastrim zeigen ebenfalls die Zugehörigkeit der Alastrimform zum Krankheitsbild der Variola. Die englischen Erfahrungen der letzten Jahre haben deutlich gezeigt, daß die Vakzineimpfung gegen Alastrim ebenso schützt, wie gegen Variola vera: es erkranken fast nur ungeimpfte Personen oder solche, die in höherem Alter den Impfschutz wieder verloren haben. Andererseits ist aber die Immunität nach Alastrim nicht sehr hoch. Die Empfänglichkeit für Vakzine kommt schneller wieder, als nach der Vakzination und daraus ist zu schließen, daß auch der Schutz gegen Variola vera nur mangelhaft sein wird. Es wäre daher eine falsche Spekulation, von der Durchseuchung mit Alastrim einen wirksamen Pockenschutz erwarten zu wollen. Wenn es auch in England den Anschein hat, als ob die Alastrimendemie keine gefährliche Sache sei, so hat sich doch kürzlich gezeigt, daß die Einschleppung der echten Pocken zu bedenklichen Gefahren führen kann. Im Interesse der Volksgesundheit wird man also nach wie vor den Pockenschutz nach der Abwehr der Variola vera orientieren müssen, mindestens solange es noch nicht möglich ist, die Alastrimform als die einzige Pockenform anzusehen, die uns bedrohen könnte. Eine Gefahr der Einschleppung nach Deutschland besteht nicht; denn da die echte Variola nicht Fuß fassen kann, ist auch der Schutz gegen Alastrim vorhanden.

---

2. Was soll der Arzt über „Kombucha", den japanischen Teepilz wissen?

Von

Prof. Dr. **Schlayer** in Berlin.

In weiten Laienkreisen wird derzeit Propaganda für den Teepilz, die sogenannte „Kombucha", gemacht für die verschiedensten Erkrankungen.

Was ist daran und was ist Kombucha?

Die genauere Kenntnis darüber verdanken wir vor allem Dr. Ing. Siegwart Hermann, Prag. Es handelt sich um eine auf gesüßtem Tee gezüchtete Pilzkultur; das dann entstehende säuerliche und moussierende Getränk wird genossen. Die Kultur stellt eine Symbiose von Hefen dar mit Bacterium xylinum und xylinoides und einem Bakterium, das Traubenzucker in Glukonsäure überführen kann (Hermann nannte es deshalb Bacterium gluconicum). Diese Pilzgenossenschaft erzeugt im zuckerhaltigen Medium Vitamine und Fermente, ferner Glukonsäure, Essigsäure und Alkohol. Die Pharmazeutischen Werke „Norgine" in Prag haben die Lieferung eines Präparates übernommen, das von einer Reinzucht stammt und bei dem die Kulturen bis zu einem gewissen Aziditätsgrad bebrütet werden; denn es besteht eine gewisse Wahrscheinlichkeit, daß die therapeutische Wirkung, ebenso wie das Wachstum der Kultur selber mit dieser Azidität zusammenhängt. Das entstandene Präparat „Kombuchal" wird auf eine gewisse Konzentration eingestellt und so konstant gemacht. Damit werden die beim Züchten durch Laien oft unvermeidbaren Verunreinigungen verhindert. Es nimmt sich angenehm, wird in der Menge von zwei- bis dreimal täglich ein Kaffeelöffel in Tee oder Wasser gelöst genommen.

Nach dem Urteil der Laienkreise soll Kombucha besonders bei Alterserscheinungen wirksam sein. Seit nahezu 3 Jahren bereits hatte ich Gelegenheit, Kombuchal in Syrupform resp. in Tabletten in meinem Hospital und bei ambulanten Patienten zu verwenden. Gleichzeitig wurden Versuche bei Prof. von Jaksch in Prag durchgeführt. Ich kann die Ergebnisse von von Jaksch bestätigen, daß bei einer Anzahl von Hypertoniekranken, besonders bei solchen mit Angiospasmusneigung, erhebliche subjektive Besserung beobachtet wurde. Einige dieser Patienten mit Angina-pectoris-Attacken, in typischer Art auf der Straße morgens beim Gehen einsetzend, verloren ihre Attacken, in anderen Fällen aber blieb ein Effekt aus, zumal bei den normo- oder hypotonischen Angina-pectoris-Kranken. Aber auch Schwindel, Eingenommenheit des Kopfes, immerhin weniger leicht objektiv

kontrollierbare Erscheinungen, wurden vielfach stark gemildert. Nicht zu leugnen ist vorläufig noch, daß das Mittel in seiner Wirkung launisch ist, also ein Effekt nicht sicher vorausgesagt werden kann. Hier muß weitere Prüfung und Beobachtung weiterhelfen. Das Bild der Hypertonie ist ja so vielgestaltig, daß die Analyse derjenigen Fälle, bei denen das Mittel mit Wahrscheinlichkeit wirkt, nicht ganz einfach ist. Wir sind eben deswegen auch noch immer mit dem Urteil zurückhaltend; aber auch weil es sich vielfach um Beeinflussung von subjektiven Erscheinungen handelt, wie erwähnt. Unter allen Umständen aber ist die Kombucha harmlos, in der Form des Kombuchal angewendet, und kann ohne Sorge versucht werden. Unsere klinischen Beobachtungen haben neuerdinge einen starken Antrieb erhalten durch die sehr interessanten Feststellungen von S. Hermann. Es ist bekannt, daß bestrahltes Ergosterin, also Vigantol, bei Tieren schwere Verkalkungen der Gefäße macht. Gibt man z. B. Katzen 3 Tropfen Vigantol längere Zeit, so verweigern sie die Nahrung, magern ab, bekommen starken Durst und gehen binnen 3 Wochen zugrunde. Wenige Tage vor dem Tode können sie durch Kombuchal, mittels der Schlundsonde eingegeben, gerettet werden und fressen nach 3—4 Tagen wieder selbst und erholen sich rasch. Bei diesen vigantolvergifteten Tieren steigt nun der Cholesterinblutspiegel auf den mehrfachen Wert, bis zum zehnfachen an. Durch das Kombuchal wurde er in wenigen Tagen auf die Norm zurückgeführt. In weiteren Versuchsreihen erhielten Katzen mehrfach tödliche Vigantoldosen, aber gleichzeitig eine bestimmte Menge Kombuchal; sie blieben 5 Monate hindurch gesund und ihr Blutcholesterinspiegel stieg nicht an, sondern bewegte sich innerhalb der Norm. Wie bekannt, ist bei sehr vielen Hypertonikern der Blutcholesterinspiegel erhöht. Hermann weist ausdrücklich darauf hin, daß es offenbar nicht nur die Glukonsäure ist, welche den Hauptfaktor bildet, sondern allem nach andersartige Substanzen. Hier wird wissenschaftlich noch viel zu tun sein; aber nebenbei soll die empirische Beobachtung der Wirkung weitergehen.

---

3. Hat Coué dem Arzte etwas zu sagen?

Von

Paul Bernhardt in Berlin.

Die Antwort ist ein glattes Nein. — Folgendes ist so ziemlich der ganze Inhalt des „Couéismus“: Unter Anleitung eines „Lehrers“ soll man, möglichst eine Anzahl Patienten zugleich, mancherlei Exerzitien vornehmen, bei denen man mit gesammelter Aufmerksamkeit den Körper in gewisse steife Haltungen zwingt, um sich so zur Autosuggestibilität vorzubereiten. Namentlich sind es 4 Übungen, die an der Beweglichkeit des im übrigen versteiften Körpers in den als Charniere aufzufassenden Knöchelgelenken angreifen; die beiden Coué am wichtigsten erscheinenden sind: Das Fallen nach rückwärts im Anschluß an den entsprechenden Gedanken — (was bekanntlich so mancher Unfallneurotiker bei Prüfung des Rombergschen Symptoms auch ohne Coué gut versteht), — und ebenso das Fallen nach vorwärts. Dann: das Verkrampfen der wie zum Gebet ineinandergelegten Finger (die neurologische Diagnostik benutzt ähnliches als Jendrassikschen Kunstgriff zur Untersuchung der Patellarreflexe!), und anderes. Diese Vorversuche soll man aber nicht selbst probieren, sondern sich in scharfem Kommandotone von seinem Couélehrer befehlen lassen. Mit dieser körperlichen Spannung soll zunächst eine seelische Entspannung einhergehen (und tut es auch: vgl. Jendrassikschen Kunstgriff!). Wenn also diese Dinge gut eingeübt sind, werden Heilsuggestionen gegeben, wie sie jedem Arzt, der von Hypnotherapie etwas gehört hat, geläufig sind. Dann aber, und das ist die Hauptsache, wird der Patient nicht aus der Behandlung entlassen, sondern nun geht es erst los: „Morgens bevor er aufsteht und abends, wenn er eben im Bette ist, muß er die Augen schließen und sich in Gedanken in Ihre, des Lehrers, Stelle versetzen, dann muß er ganz eintönig 20 mal, an den 20 Knoten eines Bindfadens abzählend, folgendes Sätzlein wiederholen: Mit jedem Tage geht es mir in jeder Hinsicht immer besser und besser“. (Tous les jours à tous points de vue je vais de mieux en mieux“.) Das wird für funktionelle sowie organische Leiden empfohlen und ist gut für Charakterfehler und Karzinome. Daß durch Einführung des Couéismus in die Pädagogik „der rationalistische Zopf des Religions- und Moralunterrichts endlich überflüssig gemacht werden würde“, hat ein Arzt drucken lassen! Eine deutsche Großstadt hat ihm die Leitung einer Eheberatungsstelle anvertraut (einer Einrichtung, für die die Konjunktur günstiger als die Zeit und unser Wissen reif sind).

Coués, soviel ich weiß einzige, eigene Veröffentlichung La maîtrise de Soi-même par l'Autosuggestion consciente ist 1923 in Paris bei Olivier erschienen; in deutscher Übersetzung „Die Selbstbemeisterung“ in Basel in mehreren Auflagen. Die Theorie, die hier Coué seiner Praktik unterlegt, ist zugleich verworren im ganzen, und banal und sinnlos im einzelnen.

Zur Begründung dieses Urteils ist folgenden von Coué formulierten 4 „Gesetzen“ nichts hinzuzufügen:

„1. Im Widerstreit zwischen Willen und Einbildungskraft siegt letztere ausnahmslos.

2. Im Widerstreit zwischen Willen und Einbildungskraft ist die Stärke der Einbildungskraft

gerade proportional der aufgewendeten Willensanstrengung.

3. Sind Wille und Einbildungskraft gleichgerichtet, so addieren sie sich nicht, vielmehr ist die Endkraft das Ergebnis einer Multiplikation beider Energien.

4. Die Einbildungskraft ist lenkbar."

Wie aber ist die Ausbreitung und der Nimbus des Couéismus zu erklären? Erstens: Der 1857 geborene und vor kurzem verstorbene Apotheker Emile Coué in Nancy war, nach allem, was man von ihm gehört hat, eine „Persönlichkeit", gütig, sonnig, strömend, ein unbedingter Optimist, den weder Skrupel noch Zweifel, namentlich nicht solche, die von wissenschaftlicher Bildung und logischer Begabung herkommen, plagten. Zweitens: Er war Kranken-„behandler" von Format aus Glauben an sich, an seine Mission, aus Helferdrang, aus Geltungssucht, aber nicht aus Erwerbsgier. Er ließ Marktschreierei für sich machen, aber er behandelte umsonst. Ähnlich dem Pfarrer Kneipp, der aber immerhin das hygienische Verdienst gehabt hat, die stumpfen Sinne weiter Kreise des Volkes für einfache, vernünftige, abhärtende rauschgiftlose Lebensweise zu begeistern, während Coué weder das geringste Neue gebracht, noch die Verbreitung von gutem Alten gefördert hat. Persönliche Uneigennützigkeit des Begründers hat schon öfter einer Laientherapie zu einem Grade der Volkstümlichkeit verholfen, die den gewöhnlichen Heilgeschäftlern, den Rad-Jo- und Lukutateleuten und Madäusen unserer Tage im allgemeinen doch nicht beschieden ist. Drittens: Coué hat in Büchern und Zeitungen maßlose Herolde gefunden, namentlich Charles Baudouin, Professor der Philosophie in Genf, der seinen Lehrstuhl damit allerdings diskreditiert hat. Namentlich unter Baudouins Einfluß haben sich Couéinstitute in Genf, Paris, Brüssel, Zürich aufgetan, dazu in der Schweiz eine eigene „Gesellschaft der Freunde Coués" mit einer seiner Propaganda gewidmeten Zeitschrift mit dem irreführenden Titel: „Schweizerische Zeitschrift für angewandte Psychologie".

Endlich, so wie in früheren Jahrhunderten nach Katastrophen und Pandemien die Menschheit wunderhungrig gewesen ist, so war auch die Nachkriegszeit besonders empfänglich geworden für allerlei „Bewegungen". Unserem Zeitgeiste liegt besonders die eigentümliche Mischung von Schwarmgeisterei und Vernünftelei im Couéismus, und das verhalf dem Ruhme des schon 20 Jahre in der örtlichen Verborgenheit von Nancy wirkenden Apothekers zu plötzlicher Blüte. Daß aus dieser Blüte Magnetopathen, Biochemiker usw. ihren Honig saugen, ist nicht verwunderlich, da das gewerbsmäßige Kurpfuschertum gern alles in seinen Läden feilhält, was nach Opposition gegen Wissenschaft ausschaut.

Für den Arzt bleibt als einziges Positives: Den Kranken auf irgendeine zweckmäßige Weise zur Mitarbeit an seiner Heilung heranzuziehen; dessen eigene Willensübung in den Dienst der Therapie zu stellen, wie es zu sittlicher und religiöser Erziehung alle Meister der praktischen Ethik und Stifter religiöser Orden von je gepflegt haben, und wie es in reinerer Form als Coué in der Medizin z. B. der verstorbene Hirschlaff in seinen methodischen Ruheübungen und später ähnlich J. H. Schultz in seinen „Organübungen" empfohlen haben.

---

4. Sind nach oraler Darreichung von Arsen Schädigungen der Nebennieren beobachtet worden?

Von

Prof. Dr. **Fritz Munk** in Berlin.

Der von Ihnen beschriebene Symptomenkomplex: Ödeme der Beine, Atemnot, Herzklopfen, Magenbeschwerden, intensives Durstgefühl sind Erscheinungen, die man bei einer chronischen Arsenvergiftung, wie sie auch in Ihrem Falle bei einer gewissen Idiosynkrasie selbst durch die geringen Dosen von Sol. Fowleri (3—10 Tropfen) anzunehmen ist, regelmäßig findet. Als ein weiteres Symptom findet man oft einen hämolytischen Ikterus und Leberanschoppung. Auch das von Ihnen beschriebene Symptom einer rotbraunen Verfärbung der ganzen Haut ist als ein charakteristisches Symptom, die sogenannte Arsenmelanose bekannt. Das Krankheitsbild kann durch die allgemeine Hinfälligkeit in der Tat dann dem Morbus Addison sehr ähnlich sein, es ist jedoch nicht bekannt, daß dieser Symptomenkomplex durch eine besonders hervortretende Schädigung der Nebennieren bedingt ist, wenngleich auch dieses Organ wie alle naturgemäß geschädigt sind. Die Nebenniere ist bei der akuten Arsenvergiftung wie bei den schweren Infektionen und anderen Intoxikationen besonders lipoidarm. Die Schädigung betrifft also hauptsächlich das Interrenalsystem, über die Störung des Marksystems bzw. dessen Funktion liegen keine systematischen Erfahrungen vor.

Redigiert von Dr. E. Hayward in Berlin.

Aus Wissenschaft und Praxis.

Fortschritte auf den einzelnen Sondergebieten.

Es finden abwechselnd sämtliche Sonderfächer Berücksichtigung.

1. Innere Medizin.

Zur Methodik der Milzpalpation

von Schotter (Münch. med. Wschr. Nr. 37). Über die sich der Milzpalpation entgegenstellenden Schwierigkeiten wie Bauchdeckenspannung, Fettpolster, geblähte Darmschlingen usw. hilft die vom Verf. angegebene Methode in den meisten Fällen mehr oder weniger hinweg. Sie besteht kurz in folgendem: Der Untersucher sitzt an der rechten Seite des Kranken in Beckenhöhe, erfaßt mit seiner linken Hand fest das linke Handgelenk des Patienten, dreht durch Zug an dieser Hand den Kranken auf die rechte Seite und stößt zugleich mit der rechten Hand das Becken ein wenig zum Zwecke der Muskelentspannung zurück. Durch Anziehen der linken Hand und Zurückstoßen des Beckens mit der rechten kann diese Muskelentspannung in weitem Maße reguliert werden. Der Kopf des zu Untersuchenden bleibt während der ganzen Prozedur fest auf dem Kissen liegen. Die rechte Hand des Arztes wird nun flach auf den Bauch des Kranken aufgesetzt, so daß die Spitzen des Zeige- und Mittelfingers den Rippenbogen in der Milzgegend berühren und dann mit sanften Druck der ganzen Handfläche etwas in den Bauch versenkt, ohne daß die Fingerspitzen unter den Rippenbogen vordringen. Die palpierende Hand wird während der ganzen Untersuchungsdauer nicht mehr vom Leib fortgenommen. Durch rhythmischen, dem Atemrhythmus des Patienten entsprechenden Zug an der linken Hand wird der in Seitenlage befindliche Körper der ruhig in den Bauch versenkten palpierenden Hand im Inspirium näher gebracht. Es wird also durch Zug an der Hand die Milz gegen die in den Bauch versenkte Hand des Untersuchers gestoßen, tiefere Inspiration erleichtert natürlich das Palpieren. Drei anschauliche Abbildungen liegen der Arbeit bei. (Die Methode ist, wovon sich Ref. überzeugen konnte, zweifellos sehr brauchbar; für manche Fälle erweist sich jedoch die Schwellenwertsperkussion überlegen. Anm. d. Ref.)

Über Harnstoffbelastung als Nierenfunktionsprobe

schreibt Steinitz (Dtsch. med. Wschr. Nr. 38). Bekanntlich setzt bei beginnender Niereninsuffizienz die Hemmung der N-Ausscheidung zuweilen sehr früh ein; sie in ihren frühesten Stadien zu erfassen war ohne schwierige und langdauernde Stoffwechselversuche nicht möglich und außerhalb des Krankenhauses ganz ausgeschlossen. Bei der Harnstoffbelastungsprobe nach Mac Lean und de Wesselow steigt nach oraler Einnahme von 15 g Harnstoff beim Gesunden die Harnstoffkonzentration im Urin in der zweiten, spätestens in der dritten Versuchsstunde um mehr als 2 Proz. an, bei Insuffizienz der Harnstoffausscheidung bleibt sie unter 2 Proz. Die Konzentrationsfähigkeit der Niere leidet schon sehr früh und ist häufig zu einer Zeit gestört, in der die Tagesharnstoffausscheidung noch nicht gegenüber der Norm abgenommen hat. Der Harnstoff wird nach Entleerung der Blase am Morgen in 200 g dünnem schwarzen Kaffee auf nüchternen Magen verabfolgt. Verf. hat die Methode an 130 Fällen erprobt und sie als sehr brauchbar für Diagnose und Prognose befunden. Um Fehler bei der Beurteilung der Belastungsprobe zu vermeiden, ist es wichtig zu wissen, daß es bisweilen unter Einwirkung des Harnstoffs zu einer verstärkten Diurese kommen kann. Werden in der 2. Versuchsstunde mehr als 100 ccm Urin ausgeschieden, so kann infolge der Verdünnung die Harnstoffkonzentrationsfähigkeit in dieser Portion niedriger sein als 2 Proz., ohne daß eine gröbere Ausscheidungsstörung vorzuliegen braucht. In diesem Falle muß eine Harnstoffbestimmung im Urin der 3. Versuchsstunde erfolgen, in der die Harnmenge meist geringer, die Harnstoffkonzentration höher ist. Oft wird in stark konzentrierten Urinen, z. B. Nachtharn, eine $\overset{+}{U}$-Konzentration von mehr als 2 Proz. erreicht, ohne daß eine Belastung mit Harnstoff ausgeführt wurde. In solchen Fällen handelt es sich immer um eine gesunde Niere und die Belastungsprobe erübrigt sich.

G. Zuelzer (Berlin).

Schlafstörungen und Quadro-Nox.

Nach Steinmetzer (pharmakologisches Institut der Universität Wien) zeigt eine Verbindung von Hirnstammitteln mit einem oder besser mehreren Antipyretizis eine Wirkungsverstärkung; die beste Wirkung wird erzielt bei einem bestimmten Verhältnis des Antipyretikums zum Schlafmittel. — Bei Quadro-Nox ist eine an sich schon bewährte Kombination (Quadronal) mit Diäthylbarbitursäure verbunden. Der erzielte Schlaf gleicht dem natürlichen, ist tief, stärkend und hat ein angenehmes Erwachen zur Folge. Das hier mit Quadronal verbundene Hirnstammhypnotikum hat auf Herz und Gefäße in der zulässigen und vorgeschriebenen Menge keine schädliche Wirkung und der Kreislauf bleibt unverändert.

Das Präparat hat sich in einer großen Reihe von klinischen Versuchen bei Schlafstörungen psychischer Art sowie auch bei somatischen Schlafstörungen bewährt. Hersteller: Asta-Werke A.-G., Brackwede i. Westf.

2. Ohrenheilkunde.

Das Problem der Mittelohrtuberkulose.

Die Frage, ob und wann bei Tuberkulose des Mittelohres operiert werden soll, wird von Cemach in einem besonderen Kapitel seiner umfassenden Abhandlung (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien 1926) ausführlich erörtert. Der für den Ablauf jedes Falles und damit auch für die Behandlung bestimmende Faktor ist — beim Ohr genau wie irgendeinem anderen Organ — einzig und allein in den Immunitätsverhältnissen zu suchen. Die Behandlung hat sich in erster Linie auf den kranken Gesamtorganismus zu richten; Zweck der Behandlung ist die Verbesserung der Immunität. Unter diesem Gesichtspunkt tritt Cemach für die operative Behandlung der Mittelohrtuberkulose, besonders für die Radikalaufmeißlung, nur unter ganz besonderen Einschränkungen ein — jedenfalls nur, wenn „die Wahrscheinlichkeit schädlicher Folgen mit ziemlicher Sicherheit ausgeschlossen werden kann". Ist die Entscheidung für oder wider „nicht mit einiger Sicherheit" zu treffen, dann soll von dem Eingriff abgesehen werden. Wesentlich dagegen ist eine sachgemäß durchgeführte Heliotherapie. Von der vielfach empfohlenen Chemotherapie ist Cemach nicht begeistert, und das Krysolgan hält er in größeren Dosen sogar für schädlich; dagegen tritt er — gerade wieder vom immunbiologischen Standpunkt — für das Tuberkulin, insbesondere für das Tuberkulomucin ein. Cemach resümiert: Die Sonnenkur, unterstützt durch andere wirksame Maßnahmen, insbesondere durch die spezifische Behandlung, ist für sich allein imstande, auch fortgeschrittener Mittelohrtuberkulose Herr zu werden. Die Prognose der unter einer solchen rationellen Therapie stehenden Mittelohrtuberkulose ist quoad vitam günstig; die Heilungschancen hängen ebenfalls von der Therapie, aber mehr noch vom Immunitätszustand des Gesamtorganismus ab.

Arsenbehandlung der Schwerhörigkeit.

Vor etwas über 4 Jahren berichtete Wodak in der Münch. med. Wschr. zum ersten Male über seine günstigen Erfolge mit dieser Behandlungsmethode. Neuerdings greift er das auch für den Praktiker wichtige Problem auf und gibt in der Mschr. Ohrenheilk. (April 1929 Jg. 63 H. 4) einen Überblick über seine seitdem gesammelten Erfahrungen. Die Behandlung erfolgt in Form von Pillen, deren jede 5 mg Natrium arsenicosum mit Massa pilularum enthält. Der Patient erhält zunächst abends nach der Mahlzeit eine Pille, tags darauf zwei, je eine mittags und abends, am dritten Tage drei Pillen. Diese Dose wird festgehalten, bis im ganzen 40 Pillen genommen worden sind, die letzten wieder in absteigender Form. In ganz schweren Fällen gibt Wodak sogar vier Pillen pro die, also über die Maximaldosis hinaus — bis zu 60 Pillen im ganzen. Der Patient muß zu Beginn der Kur auf schädliche Nebenwirkungen hingewiesen werden, insbesondere seitens des Magen-Darmkanals; bei der geringsten Störung hat er die Kur sofort zu unterbrechen und zu warten, bis die unangenehmen Erscheinungen abgeklungen sind. Erst dann darf er wieder mit der Kur beginnen, wobei die Dosierung etwas vorsichtig zu handhaben und nötigenfalls bei einer kleineren Dosis geblieben werden muß. Wird Arsen per os nicht vertragen, so soll es subkutan verabfolgt werden. Wodak benutzt dazu die gebrauchsfertig vorrätigen Ampullen von Natrium arsenicosum, die 2 mg enthalten, und steigert die Dosis allmählich bis auf 20 mg. Werden auch sie nicht vertragen, dann ist von der Arsenkur ganz Abstand zu nehmen. Anderenfalls kann die Kur nach einer mindestens viermonatigen Pause — so lange rechnet W. bis zur Ausscheidung des Arsens — wiederholt werden, ohne daß Schädigungen auftreten. Besserungen sah W. bei allen Arten von Schwerhörigkeit, selbst bei Otosklerose — sofern das Gehör für Konversationssprache nicht unter 25 cm herabgegangen war. Immerhin kann auch in solchen Fällen ein Versuch gemacht werden. Die Zahl der günstig Beeinflußten gibt W. mit 65,5 Proz. an. Wie lange im Einzelfall die Hörverbesserung anhält, ist schwer zu sagen; meist dauert sie mehrere Tage, Wochen, ja Monate, und öfters war bei der Nachprüfung nach längerer Pause das Gehör immer noch um ein Vielfaches besser als vor Beginn der ersten Kur. Bei der Aussichtslosigkeit vieler Fälle von chronischer Schwerhörigkeit wäre also ein Versuch mit Arsen nicht von der Hand zu weisen; W. glaubt jedenfalls „manche beginnenden und mittelschweren Fälle von progredienter Gehörsabnahme" günstig zu beeinflussen.

Eine besondere Form der Mastoiditis

und vielleicht auch der eitrigen Mittelohrentzündung beschreiben Trutnew und Wolfson (Mschr. Ohrenheilk. 3. Jahrgang 5. Heft Mai 1929). An der otolaryngologischen Universitätsklinik in Kasan wurde eine Reihe von Krankheitsfällen beobachtet und operiert, die eine in ihrem Verlauf und Befund besonders charakterisierte Form der Warzenfortsatzerkrankung aufwiesen. Die Besonderheit führen die russischen Autoren auf die Anwesenheit des aus dem Mittelohr- und Antrumeiter fast in Reinkultur gezüchteten Bacillus Vincenti zurück, der als spindelförmiges Stäbchen in Symbiose mit einer Spirochäte vorkommt. Referent möchte bei dieser Gelegenheit an ihre pathognomonische Bedeutung bei ihr Plaut-Vincentschen Angina erinnern, die zum Teil ein recht bösartiges Verhalten zeigen kann, in der Mehrzahl der Fälle allerdings gutartig, aber langwierig verläuft. Dieser langwierige Verlauf ist — selbst nach der Aufmeißelung des Warzenfortsatzes — auch für die

„Vincentsche Mastoiditis" der russischen Autoren charakteristisch. Ohne daß die Patienten allzu erhebliche Beschwerden haben, zieht sich der Prozeß oft jahrelang hin, und die Fistel hinter dem Ohr will sich nicht schließen. Das Sekret ist oft gelblichbraun und von einem eigenartig strengen, fauligen Geruch. Im Mittelohr oder schon im Gehörgang findet man sehr häufig Polypen und bei der Operation vielfach Cholesteatommassen. Woher die Stäbchen und Spirochäten kommen, ist schwer zu sagen; im Nasenrachenraum oder in der Mundhöhle wurden sie nicht gefunden. Anscheinend vermag — sagen Trutner und Wolfson — der Erreger sich ohne vorherige Lokalisation in der Nachbarschaft selbständig auf der Ohrenschleimhaut anzusiedeln. Da er von Natur streng anaërob ist, muß die Wundhöhle hinter dem Ohr offen behandelt und nur ganz locker tamponiert werden.

A. Bruck (Berlin).

3. Röntgenologie.

Das Schleimhautrelief des Magens im Röntgenbild.

Chaoul (Berlin) (Dtsch. Z. Chir. Bd. 214 H. 6). Schon Forsell, Berg u. a. haben dem Schleimhautrelief großen diagnostischen Wert beigelegt und seine röntgenologische Darstellung zur Magendiagnostik herangezogen. Die Bergsche Methode, bisher am besten ausgebaut, ist zeitraubend. Nach Ch. gibt sie zu kleine Ausschnittsbilder, die für ein geeignetes systematisches Studium weniger geeignet seien. Verf. hat eine Mischung von Barium mit Tragacanth (jetzt unter dem Namen „Lactobaryt" im Handel käuflich) herausgefunden, die breiig angerührt in nur geringer Menge eingenommen sehr gut an der Magenschleimhaut haftet und für Darstellung der Falten sehr geeignet ist. Wichtig ist dabei die Verwendung eines Gummiballonkompressoriums, das dem Patienten an der betreffenden Stelle angelegt wird und während der Durchleuchtung aufgepumpt wird, so daß nur eine feine Überzugsschicht in den Magenfalten zurückbleibt. Beim Studium der normalen Falten findet Verf. drei Arten: „primäre", gleich den Längsfalten, sekundäre, die durch Schlängelung letzterer entstehen und drittens Faltenanastomosen. Zwei besonders markante Längsfalten verlaufen beim normalen Magen konstant entlang der Kleinkurvatur, um an der Grenze zwischen „Digestionssack" und „Entleerungskanal" (Forsell) nach der Großkurvatur umzubiegen, sogenannte Grenzfalte. Die Schleimhautfältelung stellt keine Eigenbewegung der Mukosa dar, sondern einen Kontraktionszustand. Ein Symptom dieser ist die sogenannte Zähnelung der Großkurvatur, deren Anwesenheit allein nicht auf pathologische Hypertrophie der Schleimhaut schließen läßt. Der Vorteil der Methode beruht darauf, daß das Faltenrelief in vielen Fällen bei Ulkus einen abweichenden Verlauf hat, so z. B. radiär auf den Ulkuskrater gerichtet ist, daß die Ausdehnung eines Karzinoms weit sicherer vom Film abzulesen ist (im Infiltrationsgebiet sind die Falten aufgehoben, im Randgebiet divergieren sie) und schließlich gestattet die Methode — ebenso wie die Bergsche, aber in kürzerer Zeit — eine Begutachtung der Beschaffenheit der Mukosa, so z. B. bei Schleimhautatrophie, bei Gastritis hypertrophicans u. a. Sie eignet sich vorzüglich zur Darstellung des Bulbus duod. Verf. illustriert zahlreiche physiologische und pathologische Fälle sehr anschaulich. Die Methode ist geschaffen, vielleicht die alte Prallfüllung des Magens mit Bariummahlzeit zu verdrängen, zum mindesten sie sehr wertvoll zu ergänzen.

Intravenöse Pyelographie.

Roseno (Köln) und Jepkens (Köln) (Fortschr. Röntgenstr. Bd. 39, 5, Roseno (Köln), Verh. dtsch. Ges. Urol. 1929 S. 431—435 8. Kongreß in Berlin Sept. 1928) sind bestrebt die Pyelographie von unten her, die für Patient beschwerlich und in manchen Fällen (Striktur, Ureterstein) nicht möglich ist, durch ein intravenös gegebenes, in den Nieren sich ausscheidendes Kontrastmittel zu ersetzen. Vorangegangene Versuche einiger amerikanischer Autoren, in Deutschland von Lichtenberg und Volkmann, in Wien von Hryntschak haben keinen Erfolg gehabt, sind zum Teil stecken geblieben. R. suchte ein Präparat, das möglichst rasch durch die Niere ausgeschüttet wurde, um einen möglichst kontrastreichen Schatten zu bekommen — ein Speicherungsorgan, wie in der Gallenblase, liegt ja nicht vor. Andererseits mußte einer gar zu schnellen Ausscheidung in die Blase vorgebeugt werden. Verff. fanden, daß eine Koppelung des sonst als Kontrastmittel bewährten Jodnatriums an Harnstoff den gesuchten Erfolg bringt. Jodharnstofflösung ist ein ausgezeichnetes Diuretikum, dazu körpereigen und wird gut vertragen. Rasche Ausschüttung des Kontrastmittels in die Blase verhindern die Autoren durch pralle Füllung der Blase und kleine Pantopongaben. Über die optimale Dosierung der Jodharnstofflösung wollen die Autoren später berichten. In der ersten Arbeit werden Pyelogramme von Hunden veröffentlicht, die das physiologische Bild des Kelchnierenuretersystems gut erkennen lassen; Pyelogramme vom Menschen hat R. inzwischen auf dem Urologenkongreß Herbst 1928 und dem Chirurgenkongreß d. J. gezeigt.

Cholezystographie mit einer neuen internen Methode (Oral-Tetragnost).

Hofmann (Darmstadt) (Münch. med. Wschr. 1929 Nr. 15) berichtet über die gute Verwendbarkeit des oral gegebenen neuen Merkschen Mittels, über das auch schon Baetzner (Zbl.

Chir. 1929 Nr. 17 [ref. in Nr. 15 S. 498 dieser Z.]) berichtet hat. Die intravenöse Einverleibung des Tetrajodphenolphthaleinnatriums ist zwar zuverlässiger, die Dosierung dabei genauer, aber bei vielen Röntgenologen unbeliebt. Zwischenfälle (Kollaps) sind vorgekommen, aus der Vene ausgetretenes Mittel hat zu Gewebsnekrosen geführt u. a. Für die Ambulanz ist die perorale Verabreichung die Methode der Wahl. Bisher wurde das Mittel in Kapseln gegeben, die sich erst im Darm lösen sollten. Undichte Kapseln, zerkaute Kapseln waren Fehlerquellen, machten das Mittel unlöslich, es erschien als dichte Schatten im Darm und gelangte nicht in den Kreislauf. Die harten Kapseln waren zudem schwer zu schlucken. Das neue Präparat (Oral-Tetragnost) enthält die zur Bildung des feinverteilten Tetrajoddioxyphthalophenon notwendige Säure in zweckdienlicher Beschaffenheit und Konzentration. Einfaches Anrühren in gewöhnlichem Wasser genügt zur Herstellung des wohlschmeckenden Kontrasttrankes. Das Mittel wird gut vertragen. Erbrechen ist selten, hier und da kommt es zu leichten Durchfällen. Verf. hat 65 Fälle untersucht (inzwischen weit mehr, vor allem pathologische Fälle) (Nachtrag). Die dargestellte Gallenblase zeigte in 20 von 49 positiven Cholezystogrammen ein der intravenösen Methode völlig gleichwertiges Bild, die übrigen 29 Fälle gaben schöne, deutliche Bilder. (Daß bei der Cholezystographie die Nichtdarstellbarkeit der Gallenblase pathologisch gewertet wird, ist bekannt. Die Darstellbarkeit beruht darauf, daß nur die gut erhaltene und normal funktionierende Blasenschleimhaut das aus dem Blutkreislauf in die Galle abgegebene Jod soweit konzentriert, daß es Schatten gibt. Weiche Cholesterinsteine heben sich darin als Aufhellungen ab, harte verkalkte geben, wenn sie noch von normaler Galle umgeben sind, nicht immer Schattenverdichtung, wohl aber wenn die Galle dünn ist oder wenn die Galle fehlt. Ist der Duct. cysticus durch Stein oder Verwachsung verlegt, wird die Gallenblase nicht darstellbar sein.) Lorenz (Hamburg).

Ärztliches Fortbildungswesen.

Die Zukunft des ärztlichen Fortbildungswesens.

Seit längerer Zeit ist man sich schon darüber einig, daß das ärztliche Fortbildungswesen einen zu theoretischen Charakter angenommen habe und daß es notwendig sei, den Praktiker in den Kursen wieder an das Krankenbett und ins Laboratorium zu führen. Es haben deshalb in diesem und im vergangenen Jahre mit den Praktikern und Hochschullehrern Besprechungen stattgefunden, die diese Sache zum Gegenstand der Erörterung hatten. Im Januar kommenden Jahres soll eine erneute Aussprache erfolgen und wir wären dankbar, wenn sich auch die Leser der Zeitschrift zu dem wichtigen Gegenstande äußern würden.

Wir drucken heute den Brief eines im ärztlichen Fortbildungswesen sehr erfahrenen Kollegen, des San.-Rat Dr. Deidesheimer in Passau, ab und würden uns freuen, wenn auch andere Leser der Zeitschrift hierzu Stellung nehmen würden.

„Die Fortbildung kann zweierlei Aufgaben haben:

1. Die weitere Ausbildung der jungen approbierten Kollegen und
2. die Auffrischung und Ergänzung des Wissensschatzes der alten Praktiker.

Für erstere halte ich die 14tägigen Kurse in größeren Krankenanstalten sehr gut. Die jungen Kollegen, welche noch keine feste Praxis haben, werden sie sehr begrüßen und hoffentlich auch recht fleißig besuchen. Ob die im Lebenskampf stehenden praktischen Kollegen das tun werden, scheint mir recht fraglich. Der junge Anfänger kann in den ersten 5—6 Jahren kaum längere Zeit von seiner Praxis weg bei dem heutigen Konkurrenzkampf und dem Mangel an Vertretern. Da heißt es die mühsam errungene Praxis zusammenhalten; einen kurzen Urlaub braucht der Arzt aber unbedingt zu seiner Erholung. Der ältere Arzt, der die Notwendigkeit der Ergänzung seiner Kenntnisse meist am stärksten fühlt, muß die junge Konkurrenz fürchten, traut sich auch nicht lange von seiner Praxis weg und hat die paar Tage Urlaub zur ausschließlichen Erholung erst recht dringend notwendig. Wir werden uns daher sehr schwer tun, wenn wir die praktischen Ärzte zu längeren Kursen in Krankenanstalten bringen wollen, selbst dann, wenn wir ihnen eine finanzielle Beihilfe zusichern. Die Kosten sind immer das Geringste; eine weit größere Rolle spielt die Furcht vor dem Verlust in der Praxis. Zu erwägen wäre hier vielleicht ein Gedanke, ob sich nicht die Krankenanstalten bereit finden könnten, einen Assistenten 14 Tage zur Vertretung eines Kollegen auf das Land zu schicken, wofür der praktische Arzt inzwischen ganz den Dienst und auch die Wohnung des Assistenzarztes übernehmen müßte. Zu einem solchen Austausch könnte sich wohl mancher eher verstehen. Der Krankenhauschef müßte sich natürlich mit diesem Austauschherrn besonders eingehend abgeben. Davon würde ich mir am ehesten etwas versprechen und es wäre vielleicht beiden Teilen sehr viel gedient; auch dem Assistenten, der so die Tätigkeit in der allgemeinen Praxis kennen lernte.

Im allgemeinen bin ich aber der Ansicht, daß zur erfolgreichen Fortbildung die Wissenschaft auf das Land getragen werden muß. Alle ärztlichen Organisationen, besonders auch die wirt-

schaftlichen, müssen dazu gebracht werden, womöglich bei jeder Versammlung einen Fortbildungsvortrag halten zu lassen. Es ist heute sicher für jeden Verein möglich, aus seiner nicht allzu fernen Umgebung einen akademischen Lehrer oder einen Fachkollegen mit gutem Namen — nicht einen, der ihn sich erst damit machen will — zu einem allgemein bildenden Vortrag zu bekommen. Sehr gut bewährt hat sich bei uns in Niederbayern ein Zyklus von Vorträgen an 4—6 Wochenendtagen, bei denen ich jedesmal 2 Herren zum Vortrag bat, womöglich einen davon über eine wirtschaftlich stark interessierende Frage. Wir konnten bei allen Vorträgen 60—80 Teilnehmer buchen, für Provinzverhältnisse sicher eine recht beachtliche Zahl.

Man muß auch bei solchen Vorträgen etwas organisatorisches Geschick zeigen, dann werden alle Teile sehr befriedigt sein. Mit nachfolgenden geselligen Veranstaltungen, bei denen auch den Arztfrauen vom Lande etwas geboten wird, läßt sich manches erreichen. In der Zeit des Autos fährt der Landarzt mit seiner Frau gern am Samstag in die Provinzstadt. Nach meinen Erfahrungen kann man auf diese Weise sehr viel im Fortbildungswesen erreichen, besonders bei den Kollegen, die es am meisten brauchen. Derjenige Arzt, dem die Fortbildung ein absolutes Bedürfnis ist, findet auch allein einen Weg: dazu benötigt man keine Organisation für das Fortbildungswesen. Für die, wollen wir einmal sagen, bequemeren Kollegen brauchen wir aber Herren, die uns die neuesten wissenschaftlichen Erfahrungen heraus in die Provinz bringen."

Standesangelegenheiten.

Darf der Arzt Reklame treiben?

Vor einigen Wochen erschien in dieser Zeitschrift unter dem Titel „Standesfragen" ein Artikel, der sich mit dem Fall eines Arztes befaßte, der die Tatsache der Neugründung seiner Praxis der Umgebung durch Werbebriefe kundgetan hatte und deshalb von der Standesorganisation zur Rechenschaft gezogen wurde. Heute jedoch, da im Gefolge des Reklamekongresses die Reklame, der Schlüssel zum Wohlstand, immer mehr an Wichtigkeit gewinnt, mag die Erörterung der Frage, inwieweit Akademiker sich der Reklame bedienen dürfen, nicht ohne Interesse sein.

Grundsätzlich lehnen ja die Standesvertretungen aller Länder, selbst der Vereinigten Staaten, die Annoncierfreiheit ab. Die maßgebenden Gedanken sind hierbei, die ethische Pflicht nicht durch Gleichstellung mit kaufmännischen und gewerblichen Betrieben herabzuwürdigen und auch dem kapitalschwächeren Anfänger die Möglichkeit zu bieten, neben dem reichen, vielbeschäftigten Arzt in die Höhe zu kommen. So selbstverständlich aber all diese Gründe sind, so unsicher sind die Grenzen ihrer Anwendung. Wenn ein Chemiker eine Chemieschule oder ein öffentliches Untersuchungslaboratorium eröffnet, dann darf er dies ruhig ebenso in allen Zeitschriften kundtun, wie wenn er als akademisch gebildeter Fabriksbesitzer seine Chemikalien anpreist. Ein Jurist, der sich mit Finanzierungen, Hypotheken- und Realitätengeschäften befaßt, empfiehlt sich Geldbedürftigen als Ratgeber in Geldgeschäften. Apotheker dürfen nicht nur ihre eigenen Spezialitäten propagieren, sondern das Publikum ist ihnen noch besonders dankbar, wenn sie durch weithin sichtbare Aufschriften an Lampenmasten, Mauern usw. die Auffindung der Apotheke im Bedarfsfall erleichtern. Und wenn ein Arzt zugleich Inhaber einer Heilanstalt, eines Sanatoriums oder Kurorts ist, wird man es ihm auch nicht verargen, wenn er dafür lebhafte Propaganda treibt. Und hier zeigt sich gerade das andere, bisher nicht beachtete Gesicht der Reklame. Der Arzt darf zwar nicht für sich persönlich Reklame machen, um mehr zu verdienen, aber der Ärztestand als Gesamtheit hat geradezu die unabweisliche Pflicht Gemeinschaftspropaganda für seine Dienste zu machen, um dem Publikum die Notwendigkeit seiner Dienste vor Augen zu führen und um vor allem die Bevölkerung gegen die immer schamloser werdende Ausbeutung durch gewissenlose Kurpfuscher zu schützen, die gerade ihre riesigen Erfolge schrankenloser, geschickter Reklame verdanken. Ungeheuer groß ist das Material, das die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums gegen diese gesammelt hat, aber nur die wenigsten Ärzte wissen, daß die Zahl der Laienbehandler gegen die Vorkriegszeiten auf das 2,6fache auf über 11000 zugenommen hat, ja, daß man einschließlich der nicht statistisch Erfaßten und der Kräuterhändler auf 30—40000 rechnen kann, so daß jeder Arzt je einen Kurpfuscher zum „Kollegen" hat. Kann der Ärztestand noch länger untätig zusehen, wie mit der Volksgesundheit ein frevles Spiel getrieben wird?

Da in absehbarer Zeit wohl auf eine wirksame, gesetzliche Handhabe dagegen nicht zu rechnen ist, müßte der Ärztestand selbst die Initiative ergreifen und durch intensive Propaganda auf die Notwendigkeit ärztlicher Hilfe, auf die durch sie erzielten Erfolge, aber auch freimütig auf die Grenzen ihrer Wirkung hinweisen. Dies kann auf die vornehmste Weise, ohne jede polemische Einstellung gegen das Kurpfuschertum geschehen, etwa auf Plakaten, die den für die Unfallverhütung gebrauchten ähnlich sind. Daneben könnte mit Unterstützung der Behörden eine Reihe kostenlos zugänglicher Vorträge breite Massen aufklären, man könnte „Gesundheitstage" veranstalten, kurzum, in jeder Weise das Volk über die Notwendigkeit und den

Segen ärztlicher Hilfe aufklären. Die Mittel hierzu wären, wie in zahllosen anderen Fällen der Gemeinschaftswerbung durch eine kleine persönliche Abgabe entsprechend den Einkommensverhältnissen zu beschaffen. Auch könnten ja die Ärzte eines Stadtteils auf gemeinsame Kosten Listen mit ihren Namen ohne Ausnahme öffentlich aushängen oder in den Lokalblättern ohne weiteren Werbetext bekanntgeben, damit man sie im Notfall rasch auffinden kann.

Diese Rettung des Volkes aus den Klauen des Kurpfuschertums, die dem ganzen Stand, nicht nur dem einzelnen Arzt Vorteile verschafft, kann man wohl zu den vornehmsten ethischen Pflichten einer modern eingestellten Ärzteschaft rechnen. Wenn ich ihr meine Erfahrung auf diesem Gebiet zur Verfügung stellen könnte, wäre mir dies eine Ehre und ein Vergnügen.

Dr. Hugo Berlitzer.

Geschichte der Medizin.

Die Homöopathie.

Von

Dr. **Schiler** in Eßlingen.

(Schluß).

Wir kommen weiter. Wir wollen einen Blick werfen in die neueren Bücher homöopathischer Ärzte. Etwas Vollständiges zu bringen, ist natürlich hier unmöglich. Das Bild, das entsteht, ist nicht einheitlich; die Persönlichkeiten, ihre Stellung und ihre Ansichten weichen zum Teil nicht unerheblich voneinander ab.

Unter den neueren wird wohl das beste Buch sein das 3 bändige „Handbuch der homöopathischen Heillehre" von Kröner, Gisevius und einer Reihe anderer Mitarbeiter. Hervorragend schön geschrieben sind die von Kröner bearbeiteten Abschnitte, die Krankheitsbeschreibungen sind außerordentlich klar und anschaulich und man wird in unseren besten Lehrbüchern kaum etwas Besseres finden. Es ist auch eine andere Einstellung zur übrigen Medizin, wenigstens bei gewissen Fällen: z. B. „Drüsen, Senkungsabszesse . . . sind nach den allgemein gültigen Regeln durch innere und chirurgische Maßnahmen zu beseitigen"; bei Neuromen „ist in vielen Fällen die Homöotherapie erfolglos, so daß kein anderes Mittel übrig bleibt als das Messer des Chirurgen". Bei Neuralgie im Notfall Morph. subcutan oder Atropin $^1/_2$—1 mg oder Antipyrin, Phenacetin 0,5 (aber zum Schluß werden bei der Neuralgie eine Unmenge homöopathischer Mittel aufgezählt). Es kommt zur Verwendung Ichthyol, Hebrasalbe, Lassarpaste, H_2O_2, 5 proz. Kokain usw. Die Kostvorschriften klingen ganz modern, „vorwiegend vegetabile Kost". Über die kleine Chirurgie spricht er in recht praktischer Weise. Dann kommen aber wieder Dinge, die uns nicht recht verständlich sind: Bei Typhlitis nimmt er — 1914 — noch einen konservativen Standpunkt ein; „bei Fluktuation eventuell Inzision". Bei der Säuglingsdiarrhöe wird die Ernährung in 15 Zeilen abgehandelt, die innerlichen Mittel in 204 Zeilen. Neben Kröner ist in diesem Buch der Augenarzt Weil wohl der zu Fortschritten am meisten geneigte. Namentlich alle Teile, in welchen es sich nicht um Arzneimittel handelt, sind sehr gut, Sekretbeseitigung und ähnliches und das nil nocere sind prächtig durchgeführt. Bei den anderen Mitarbeitern habe ich das Gefühl, daß sie nicht so gedankenreich sind und sich zwischen alten Hahnemannschen Lehren und unwiderleglichen Tatsachen hin- und herbewegen. Durch fließend und gewandt geschriebene Abhandlungen wird das Unklare oft geschickt überdeckt und fernliegende Vermutungen erscheinen so mit einem Mal als bewiesene Tatsachen. Was Bastanier in der Einführung in die Homöopathie schreibt, kann eigentlich doch bloß auf Nichtärzte überzeugend wirken. Von den einzelnen Arzneimitteln später.

Ein ganz anderes Buch: „Die Krebskrankheit. Ihre Natur und ihre Heilmittel" von E. Schlegel. Das ist ein fast ganz neues Buch. In der Einleitung wird ein Wort von Heraklit angeführt: „Durch die Unglaubhaftigkeit entschlüpft das Wahre dem Erkanntwerden." Daraus wird so ungefähr gefolgert, wenn etwas unglaubhaft sei, so müsse es gerade deshalb wahr sein. Dann findet man folgende Stellen über die Krebskrankheit: „Die Chirurgie sollte damit in der Tat gar nichts zu tun haben . . . Die Operation hat beim Krebse den Anschein der Gründlichkeit, aber auch nur den Anschein. Auf die häufige Frage: kann ich geheilt werden oder muß ich operiert werden? gehört stets die Antwort: „Ob innerliche Heilung erzielt wird, ist unsicher, aber durch Operation werden Sie jedenfalls nicht geheilt." Die Erfolge der Chirurgie stellt er sich vor bloß als eine Art Anregungsmittel im Kampf des Körpers gegen das Krebsleiden. Die homöopathischen inneren Mittel vergleicht er mit Katalysatoren, die dem Körper den Sieg über die Krankheit möglich machen, der Körper soll sich dann auf gewissen „Kraftlinien" bewegen. „Es ist also unter Umständen ein Glück zu nennen, wenn die Patienten ihre Geschwülste nicht entdecken, sie verheimlichen oder sie zu spät entdecken, wenn sie nicht mehr operiert werden können . . . Es eilt gar nicht so sehr, seine Haut zu Markte zu tragen." „Es gibt auch populäre Krebsmittel. So berichtete Dr. Gordon über einen geheilten Zungenkrebs mit umgebender Infiltration . . . durch das gewöhnliche Veilchen (Viola odorata)." An anderer Stelle schreibt er: „Ich bin genötigt, der zum Teil trefflichen Resultate zu gedenken, die

ich von einem Geheimmittel gesehen habe, welches zur Neumondszeit in 3 aufeinander folgenden Gaben stets morgens vor Sonnenaufgang genommen werden soll. ‚Aberglaube‘ mag man einwenden; ‚hinter jedem Aberglauben steckt ein Naturgesetz‘ antworte ich mit G. J. darauf.“ Schlegel bringt eine ziemlich ausführliche, für homöopathische Bücher sogar auffallend ausgedehnte Zusammenstellung von Krankengeschichten mit Krebsheilungen. Aber man findet darunter auch folgendes: Eine Krebsgeschwulst erweichte, brach auf und es entleerte sich $^1/_2$ l gelbe Brühe. „Wie nämlich gutartige Geschwülste sich leicht in bösartige umbilden, so habe ich schon wiederholt bei zweifellos bösartigen Geschwülsten eine gutartige Metamorphose ... beobachtet.“ Dann: „Eine Frau erkrankte an Gelbsucht, der Arzt stellte die Diagnose auf Entzündung der Gallenblase.“ Schlegel fand „den Leberrand deutlich mit Knoten durchsetzt“. Schlegel (!) spritzte täglich 1—2 mal Morph. 0,01 ein. „Am 2. Tag nach Einnehmen von Sedum repens war der Schmerz vollständig verschwunden ... Die Knoten in der Leber sind noch vorhanden“. Die Frau blieb gesund. Gegenüber solchen Krankengeschichten wird man vorsichtig. Schlegel hat auch von Sarkomen „einige gerettet“, nebenher eine Katarakt gebessert. Zur Krebsbehandlung werden 45 Mittel aufgezählt. „Jedes homöopathische Mittel von tiefer und langer Wirkung kann unter gegebenen Umständen auch zum Krebsmittel werden.“ Lebensweise: Den Krebs kühl halten! „Bäder sind verboten“ (bei ihm gesperrt), Kostvorschriften ziemlich allgemein; „wichtig ist der Genuß von Linsen, Erbsen, Bohnen, welche musig gekocht sein müssen“. Schlegel ist Hochpotenzler.

Ein anderes Buch: In einem Band „Homöopathische Abhandlungen“ finden sich Aufsätze verschiedener Ärzte. Am interessantesten sind wohl die von Ant. Stiegele. Er ist fortschrittlicher als Schlegel, er sucht, sich mit der „Schulmedizin“ zu verständigen, wobei ihm natürlich Bier sehr willkommen ist. Er beruft sich auf „das Arndt-Schulzsche biologische Grundgesetz ... Also eine rein naturwissenschaftliche Feststellung“. Er kommt ausführlich auf die Reizkörpertherapie zu sprechen. Er sagt, „daß die Dosierungsfrage ... hinter der ermittelbaren Ähnlichkeitsbeziehung zurücktritt“. („Vor Tische las man's anders.“) Er sucht die Überempfindlichkeit bei Idiosynkrasien zu benützen, um die kleinen Gaben der Homöopathie zu begründen. Er führt eine Reihe von Äußerungen hervorragender Ärzte der Vergangenheit und Gegenwart an und deutet sie zugunsten der Homöopathie. Er ist ausgesprochener Tiefpotenzler; unter den verschieden gerichteten Homöopathen soll aber „in dubio libertas“ sein. Sobald es an die Arzneimittelwahl geht, ist er ausgesprochener Homöopath. — Im gleichen Band finden sich, sehr geschickt eingefügt, Aufsätze, die mit den homöopathischen Lehren gar nichts zu tun haben, z. B. über Orthopädie, über Kreuzschmerzen, über epidemiologische Fragen. Und im selben Buch finden wir auch den ganz anders gerichteten oben benannten Hochpotenzler und Krebsheiler Schlegel.

Weiter: „Homöotherapie von K. Stauffer, MCMXXIV“, ein Buch von 850 Seiten. Soviel mir bekannt ist, gehört in Homöopathenkreisen Stauffer gegenwärtig zu den hervorragendsten Persönlichkeiten. Er hat sehr hohe und ganz niedere Potenzen. Die hohen Potenzen „wirken viel tiefer, sie greifen in die geheimnisvollsten Lebensvorgänge ein, sie wirken konstitutionell“. Er spricht von „nutritiven Mitteln“ und von hohen Verdünnungen, die „starke Reaktion auslösen“. Aber auch er vermeidet eine grundsätzliche Stellungnahme zur Dosenfrage; „die Wahl der Dosis ist weniger wichtig als die Wahl des Mittels“. Einiges darf vielleicht einem späteren Abschnitt vorweggenommen werden: Basedow wird mit Jod behandelt, „meist hat die Kur zu beginnen mit der 200., seltener mit der 1000. Potenz“. Natr. muriat 6.—30. Potenz bei Anämie, Obstipation u. a.; ist auch Ekzemmittel. Dann aber wird Digital. in 1.—3. (später in 6.—30.) Potenz und Ferr. in 1.—3. Verreibung verwendet; also bloß homöopathische Rezeptform, aber nicht Dosierung. Und erst bei Syphilis: Merc. sublim. 3., 3 mal tägl. 5—10 Tropfen, langsam steigernd; auch Hydrarg. bijod. und Kal. jodat. wird in nicht homöopathischen Mengen gegeben, während er an anderer Stelle sagt, er bringe bloß die rein homöopathische Therapie. Es ist eigentümlich, daß gerade diejenige Krankheit, bei der man die Wirkung der Behandlung am deutlichsten sehen kann, mit solch kräftigen Mitteln und Dosen behandelt wird. (Übrigens erscheint der „phagedänische und gangränöse Schanker“ auch unter der Syphilis.) Auch sonst muß man sich wundern über die Ungleichmäßigkeit der Stellung. Bei Empyem wird Operation empfohlen, bei Zystitis in schweren Fällen Spülungen mit allopathischen Mitteln, in der Orthopädie wird vom Turnen und Üben gesprochen wie in jedem anderen Buch. Und dann wieder: „Kinderekzem, Crusta lactea der skrophulösen Kinder“ darf man „niemals mit Radikalmitteln verschmieren; sie verfallen sonst im späteren Alter alle der Tuberkulose“. Gegen Weichselzopf Viola minor (= Immergrün), wenn „stinkend und Ungeziefer“.

Als letztes Buch sei noch genannt „das ärztliche Volksbuch“ von Meng u. Fießler, 680 Seiten stark in großem Format. Wenn auch neben dem ärztlichen anderes, z. B. über soziale Versicherung, enthalten ist, so kann man aus dem großen Umfang doch schließen, daß für den Nichtarzt zuviel drin steht. Das gibt, wie bei vielen derartigen Volksbüchern, jenes unglückselige Halbwissen oder vielmehr nicht einmal Viertelswissen. Wer solch ein Buch gelesen hat, kommt sich ungeheuer gescheit vor. Nun wird zwar an verschiedenen Stellen sehr ausdrücklich vor Laienbehandlung

gewarnt. Aber es kommen ins Einzelne gehende Ausführungen über Arzneimittel, ihre Indikation, ihre Bereitung, ihre Dosierung, nicht bloß für den frischen Notfall, sondern auch für chronische Leiden. Es heißt da einmal: „Auf diese einfache Weise kann man sich jederzeit selbst die Arzneikörper in den verschiedensten Stärken herstellen." Das muß doch unweigerlich zur Laienbehandlung, zur Großzüchtung der Kurpfuscherei führen. Es steckt da noch der Geist Hahnemanns drin, der sich auch an die Nichtärzte wandte. Die homöopathischen Bücher werden ja, wie ich aus zuverlässigster Quelle weiß, überhaupt mehr von Laien als von Ärzten gelesen. — In diesem Volksbuch wird betont, daß alles genau nach Hahnemanns Vorschriften gemacht werden müsse; er ist „der große Kenner der Arzneikräfte". (Stiegele u. a. haben einen anderen Standpunkt.) — Dann finden sich Stellen wie folgende über den Magnetismus: „Es ist zuzugeben, daß die Striche und Gegenstriche wirken. Aus feinstofflichen Untersuchungen mit dem siderischen Pendel ist zu folgern, daß ein unwägbares Fluidum auf den Kranken übergeht. Dieses Fluidum entspricht wohl mit den vielverspotteten Odstrahlen des Freiherrn v. Reichenbach." Der Verfasser dieses Abschnitts hat auch die rühmlichst bekannte Augendiagnose nachgeprüft. Er betont, daß alles wissenschaftlich nachgeprüft werden müsse. — Zwei homöopathische Ärzte haben zahlreiche Schmerzpunkte im Gesicht rechts und links festgestellt, nach deren Sitz das Mittel gewählt werden muß. —

Das Vorstehende sollte einen Einblick gewähren in den Geist verschiedener und verschiedenartiger Bücher aus älterer und neuerer Zeit. Nun noch einmal die Isopathie. Diejenigen Homöopathen, welche eine Verbindung mit der übrigen Medizin anstreben, haben das Tuberculin ambabus manibus aufgegriffen. Seine Dosierung liege bei beiden Schulen auch ziemlich nahe, zwischen 2. und 6. Dezimale. Es wird eigentlich geradezu als homöopathische Erfindung bezeichnet. Man ist jedoch beim Tuberkulin von ganz anderen Gedanken ausgegangen. Man sagte sich: Jedes Lebewesen geht in seinen eigenen Ausscheidungen zugrunde; wenn wir also Tuberkelbazillenausscheidungsstoffe im Körper anhäufen, so werden die Bazillen dadurch getötet. Aber immerhin: man kann das Isopathie nennen. Ebenso ist es mit dem Diphtherie-, dem Streptokokkenserum usw. Und, wenn man das Wort Homöopathie wörtlich nimmt, so gehört die Kuhpockenimpfung als Schutz gegen die Menschenpocken zur Homöopathie. Aber — noch einmal sei's gesagt! — das alles tritt in den homöopathischen Lehren ganz in den Hintergrund. Was hat es denn mit dem ἴσον und dem ὅμοιον zu tun, wenn Aurum, Platin, Kreuzspinnen- oder Stinktierstoffe gegeben werden? Und wie oberflächlich und ungenau sind doch z. B. die Beobachtungen, wenn Hg gegen Syphilis gegeben wird, weil die Hg-Vergiftung ein der Syphilis ähnliches Bild gebe! Ich will, damit jeder sich selbst ein Urteil bilden kann, einen kleinen Auszug geben von Mitteln und ihrer Anwendung. Hierdurch kommen wir zugleich auf die eigenartige Mittelbestimmung nach äußerlichen Einzelanzeichen. Während andere Ärzte den Ursachenzusammenhang möglichst weit rückwärts verfolgen und das Übel möglichst nahe seiner Wurzel zu fassen suchen, begnügen sich die Homöopathen mit der Endwirkung, selbst wenn diese uns ganz nebensächlich erscheint. Exempla docent. Ich bediene mich im folgenden hauptsächlich des großen Kröner-Giseviusschen Werkes. Die verschiedenen Bücher unterscheiden sich in grundsätzlichen Fragen kaum voneinander.

Zähne: „Die Hauptmittel besonders bei Caries und Pulpitis sind Merkur, Nitri acidum (und 3 weitere); bei Eiterungen Hepar" (sc. sulfuris). Des weiteren kommt bei der Zahnbehandlung ein über 10 große Buchseiten langes „Repertorium", eine ununterbrochene Aufzählung von Mitteln nach der Art der Schmerzen; z. B. „schlimmer von Ärger: Akonit; vom Lesen: Ignat.; vom Geräusch, Lärm: Calc. usw." Verschiedene Hustenmittel nach folgender Unterscheidung: „Husten um Mitternacht . . ., aus dem Schlaf weckend . . ., von Mitternacht bis 2 Uhr . . ., von Mitternacht bis morgens . . ., von 2—5 Uhr . . ., um 3 Uhr . . ., erwacht um 4 Uhr mit Husten und Stichen auf der Brust . . ." Salpingitis: „Platina bei Schmerz im linken Eierstock", für den rechten gibt es etwas anderes. Warzen: „Wir warnen auf das eindringlichste vor derlei Manipulationen" wie Ätzen, scharfer Löffel, „die oft genug an Stelle des kleineren Übels ein größeres setzen". Dann werden 24 Mittel angegeben, je nach Sitz und Form der Warzen anzuwenden. Hühneraugen: 11 innere Mittel, im übrigen Prophylaxe. Für die Milz sind es 49 Mittel, Skorbut 28, Hämophilie 18, Lymphangitis 26, Diabetes 24, Rheumatismus 52. Gegen Ohrschmalz werden verschiedene Mittel gegeben, je nachdem dieses „vermehrt, dünnflüssig, klebrig, weich, blutrot, verhärtet, trocken, schwarz, braun" ist. Für „Gehörgang trocken" gibt es 11 Mittel. Lepra: „Die in Lepragegenden gewachsenen Pflanzen werden dem Ähnlichkeitsgesetz am meisten entsprechen". Sehr folgerichtig wird bei Durchfall Rheum. und Natr. sulfur., bei Verstopfung Opium gegeben, bei Angina Mercur (weil Hg Stomatitis macht). Bestimmte Mittel haben spezifische Beziehungen zu bestimmten Organen, z. B. zum Ohr Ca. carbor., Antim., Graphit, Petroleum und andere. Bei „Hautkrankheiten parasitärer Art" wird Thuja empfohlen. Dabei heißt es: „Der Thujakranke" d. h. der, der der Thujabehandlung bedarf, „ist heftig, hastig in seiner Sprache und seinen Bewegungen; er neigt zu sonderbaren Wahnvorstellungen, er sei zerbrechlich wie Glas, er sei doppelt oder dreifach oder sein Körper sei zerstückelt und er müsse die Stücke zusammensuchen. Wie bei Medorrhin weiß er sich schwer auf Worte und Namen zu

besinnen bei Kopfschmerz, Nagelgefühl im Kopf, unruhiger Schlaf, aufgetriebener Leib, Heißhunger, Vollheitsgefühl, fetter, öliger Schweiß, übler Mundgeruch, Kondylome und Feigwarzen finden sich, das Haar wird trocken und spaltet sich". Bei Lupus Baryta carbonica; „dumm blöde aussehende Personen, die zu Kahlköpfigkeit neigen". Die Heilung der Onanie gibt es allopathisch „niemals". „Man wird niemals eine Onanie infolge von Rückenmarksreizung homöopathisch heilen, wenn man nicht die hohen Verdünnungen wählt; wer hier mit niederen Gaben Erfolge erzielt hat, hat eine allopathische Kur gemacht". (Also gibt's doch erfolgreiche Kuren mit allopathischen Mitteln?) Eigenartig ist, daß die beliebteren Arzneimitteln bei einer überaus großen Zahl der verschiedensten Krankheiten gegeben werden. Akonit z. B. finde ich bei Melancholie, Manie, Paranoia, Blepharitis, Dakryozystitis, Konjunktivalkatarrh, Blenorrhöe, Keratitis, Iritis, Augenmuskellähmung, hat Beziehung zur Pleura, Ohrkatarrh, Mittelohreiterung, Menière, Ohrneuralgie, Furunkulose, Osteomyelitis, Balanitis, Urethritis, Gonorrhöe, Prostata, Pruritus vulvae, Blasenkatarrh, Barlow, Pyämie, Influenza und noch mehr.

Nun zu der Herkunft der homöpathischen Mittel. Ich finde etwa 255 verschiedene Pflanzenarten; Mineralsalze, Metalle, Säuren und andere sind es zusammen 133; von Tierarten kommen folgende zur Verwendung: Biene, Schwabe, Korallenotter, Viper (Lachesis), Brillenschlange, Ohrenqualle, Purpurschnecke, Tintenfisch, Kreuzspinne, Stinktier. Diese Tiere wirken zum Teil nicht sehr appetitanregend; aber wer Gebrauch davon macht, kann sich ja damit trösten, daß alles äußerst verdünnt ist, „so, wie wenn man ein Haar am Bodensee auswäscht" hieß es bei einem Homöopathen, der aus menschlichen Haaren Heil- und Stärkungsmittel bereitete. — In dieser großen Zahl von Mitteln und Indikationen sich zurechtzufinden, denke ich mir unendlich schwer. Auch schreibt Kröner einmal, es sei „ein ganzes Arsenal von innerlichen Mitteln immer ein Zeichen, daß die meisten nichts taugten". Das sagt er von der früheren Medizin. Könnte man das nicht auch auf seine eigenen Mittel anwenden?

Wir kommen wieder zu der Gabengröße. Die Homöopathen sind sich selbst nicht darüber einig geworden. Denn es gibt Hochpotenzler und Tiefpotenzler. „Die Tiefpotenzler waren von jeher in der Mehrzahl." Aber einer arbeitete mit der 200.—800., ein anderer ging sogar bis zur 1600. (Das ist kein Druckfehler.) In dem Buch von Vannier und Meng ist auch die Rede von der Infinitesimaldosis. Stauffer schreibt dazu: „Sicher haben beide Parteien Recht." An anderer Stelle sagt er aber doch: „Es ist ein gewagtes Unternehmen, die Frage in Diskussion zu stellen". Allerdings. Und, wer der Sache auf den Grund gehen will, kann sich mit dieser Unklarheit nicht zufrieden geben. Niemand spricht soviel wie die Homöopathen von der Arzneiwirkung und um die von ihnen so genau beobachtete Wirkung der Arzneien dreht sich eigentlich ihre ganze Wissenschaft. Man hätte sich doch im Laufe von 120 Jahren darüber klar werden sollen, was hilft. Die Tiefpotenzler geben quadrillionenfach oder dgl. größere Mengen als die Hochpotenzler. Und wo ist die Lehre hingekommen von der Verstärkung durch fortschreitende Potenzierung? Die Klarheit ist so fern wie je. Und doch sind die feindlichen Brüder friedlich vereinigt, Schlegel und Stiegele in einem Buch.

Und nun die Erfahrung. Die homöopathischen Bücher bringen immer lange, theoretische und man kann sagen: philosophisch durchsetzte Abhandlungen und, wenn es an die Therapie geht, springen sie plötzlich ab und sprechen bloß von der Erfahrung als der Grundlage ihrer Lehren. Die Erfahrung lehrt doch, daß die Erfahrung trügt; was besagen soll, daß man außerordentlich vorsichtig sein muß und daß bei Ergebnissen kleinerer Untersuchungsreihen sich nachher oft herausstellt, daß das Ergebnis eben doch trügerisch war. Die Homöopathen aber stützen sich auf ganz dürftige und auch unkontrollierbare „Erfahrungen" und nicht bloß Hahnemann, sondern auch die jüngeren und selbst Kröner bringen einzelne Fälle als Beweis von Arzneiwirkungen. Das hat doch keinen Sinn. Es genügt auch nicht, wenn Bier bei seiner Schwefelbehandlung des Rotlaufs sich stützt auf etwa 30 Fälle mit günstigem Verlauf; meine eigene Statistik mit gewiß ganz indifferenten Mitteln würde auch nicht schlechter ausfallen. Also: wenn man nachprüfen will, dann gründlich! Viele der homöopathischen Verordnungen liegen übrigens völlig abseits und wir können uns natürlich nicht verpflichtet fühlen, all diese Kräuter und Kräutlein nachzuprüfen. Es ist ganz richtig, daß man heutzutage verschiedene Mittel in sehr kleinen Mengen verwendet, namentlich die hochgiftigen Sera. Aber das hat doch nichts zu tun mit den homöopathischen Nullenreihen, namentlich nicht, wenn es sich um Mittel handelt wie Chamomilla oder Na. mur. (= hydrochlor.) und ähnliche, und auch gar nichts mit der „Aufschließung durch Potenzierung". Und wenn man hier wieder den Vergleich mit den Katalysatoren vorbringt, so ist das verfehlt. Die Chemie lehrt zwar, daß die Anwesenheit einer unter Umständen minimalen Katalysatormenge einen chemischen Vorgang ermöglicht, der ohne diese nicht zustande kommt. Aber 1. heißt es nirgends, daß die Menge des Katalysators minimal klein sein müsse und 2. sind die Vorgänge im Körper kein einfacher chemischer Prozeß, es sind vielmehr viele Vorgänge nebeneinander. Es hat mir einmal einer gesagt, der menschliche Körper sei immer im labilen Gleichgewicht; der leichteste Anstoß soll also zu großen Veränderungen führen. Das ist aber sicher nur ein Ausnahmezustand, z. B. bei Idiosynkrasie, vielleicht auch in bestimmten Krankheitsphasen. Für gewöhnlich und auch in Krankheiten steht

der Organismus aber auf einem viel breiteren Boden und ist nicht so leicht aus dem Gleichgewicht zu bringen. Für diese Fragen muß man sich in die physikalische Chemie der Neuzeit hineindenken. Man findet darüber in Nr. 5 von 1928 dieser Zeitschrift einen sehr lehrreichen Aufsatz von Arthur Sperling. Gerade für die Älteren (zu denen ich gehöre) sind diese neuen Entdeckungen doppelt interessant. Aber man kann daraus nicht auf die Wirkung allerkleinster Gaben schließen. Man bedenke, daß, wenn man solche kleinsten Mengen dem menschlichen Körper gegenüberstellt, dieser geradezu unendlich groß erscheint! Der Körper hat auch keinen einfachen und einheitlichen Chemismus, jedes Organ und jeder Organteil hat vielmehr seine eigene Werkstätte und, wenn auch die einzelnen Werkstätten mit Material aus anderen Werkstätten arbeiten, so ist doch da mit einzelnen Molekülen und Atomen nicht beizukommen. Otfried Müller hat berechnet, daß in einer ernstlich potenzierten Arzneigabe nicht einmal überhaupt nur ein Atom des Mittels zu sein brauche. Die Unentwegten werden nun vielleicht einwenden, daß die Atome ja zerlegbar seien und durch die homöopathische Zubereitung seien die Atome zerschlagen und solche Elektronen können doch noch eine Wirkung im Körper entfalten. Aber das sind doch gar zu „weitgehende Schlüsse einer lebhaften Phantasie".

Wie ist es nun mit der Verordnung homöopathischer und allopathischer Mittel durch einen und denselben Arzt? Wir kennen recht kräftige Dosierungen von homöopathischer Seite, z. B. Chinin in erster Potenz gegen Malaria, Morphiumpulver à 0,02, 2 stündlich. Und in ihren Büchern wird von den Homöopathen auch ohne weiteres zugegeben, daß sie auch mit allopathischen, „massiven" Dosen arbeiten, obgleich das „verbrecherischer Verrat an der göttlichen Homöopathie" ist (s. Hahnemann-Hähl § 54, S. 104!). Nun gibt es Gegner der Homöopathie, die sagen: Homöopathie ist das Aushängeschild und seine Erfolge holt man sich mit der Allopathie. Das mag vielfach zutreffen, aber doch nicht überall. Ich kenne Vertreter der Homöopathie und auch dieser zwiespältigen Homöopathie, an deren Redlichkeit ich keinen Augenblick zu zweifeln vermag. Dieser doppelte Standpunkt wird etwa so begründet: Die massiven Dosen sind bloß Augenblicksmittel zur Bekämpfung einer einzelnen Krankheitserscheinung, die homöopathischen Mittel sind Umstimmungsmittel für den Körper in seinem Kampfe gegen die Krankheit. Aber, wenn sie so einerseits eine allopathische Behandlung anerkennen und andererseits je nach Lage ihre Potenzierung aufgeben, bringen sie ihr ganzes Lehrgebäude ins Wackeln. Überhaupt: je mehr ich in homöopathischen Büchern gelesen habe, desto unverständlicher ist es mir geworden, wie ein Mann von nüchtern wissenschaftlichem Denken und guter Beobachtung der Lebensvorgänge Anhänger der Homöopathie sein kann. Bei verschiedenen Homöopathen, die ich kenne, habe ich die Vermutung, daß sie sozusagen durch eine Art erblicher Belastung dazu gekommen sind. Es sind Söhne oder nahe Verwandte von Homöopathen oder auch von eifrigen homöopathisch gerichteten Nichtärzten, Lehrern usw., sie sind schon in jungen Jahren nach dieser Richtung festgelegt worden, und sind durch Pietät mit ihr verbunden, so daß ihr wissenschaftliches Urteil da auch für später etwas Unfreies behält. Wenn homöopathische Ärzte diese Äußerung zu lesen bekommen, so mögen sie dieselbe mir nicht verübeln. Ganz im Gegenteil, ich möchte dadurch dem Verstehen von meiner Seite aus näherkommen.

Zum Schluß noch ein Fabula docet. Schon der berühmte Niemeyer, 1860—1871 Professor in Tübingen, hat gesagt: Die Homöopathie hat uns etwas Großes gelehrt, was wir vorher nicht wußten: daß die meisten Krankheiten von selber und ohne Arzneien heilen. Diese Erkenntnis war einst ein gewaltiger Fortschritt gegenüber den vorangegangenen Zeiten und diese Erkenntnis half auch, aufzuräumen mit jener gewaltsamen Behandlungsart, mit den unsinnigen Aderlässen und derlei mehr. Und im Kampf gegen diese Auswüchse der Heilkunde, war Hahnemann wohl einer der ersten, der Zeit nach sowohl als auch an hingebendem Eifer. Aber auch heute noch soll man sich des Ausspruchs von Niemeyer bewußt bleiben. Auch heute noch, wage ich zu behaupten, ist man nicht immer vorsichtig genug in der Einschätzung der Heilmittel, so daß die Arzneiwirkung über- und die Selbsthilfe der Natur unterschätzt wird. Wie klein stehen wir armen Doktorchen doch da gegenüber dieser gewaltigen Vis medicatrix naturae! Und wie sehr sind wir bei unserer gutgemeinten Geschäftigkeit doch immer in Gefahr, ihr glückliches Walten zu stören!

Es ist aber bei den Homöopathen nicht bloß das Fernbleiben etwa nachteiliger Einwirkungen von außen. Ich habe den Eindruck, daß sie schon früher als andere auf eine geeignete, natürliche und einfache Lebenshaltung gedrungen haben. Bei ihren Erfolgen müssen wir aber vor allem einer anderen Kraft gedenken, die immer wieder zu nieder eingeschätzt wird, die Suggestion, welche durch das Seelische hindurch auf das Körperliche gewaltig wirkt und noch viel stärker wirkt, wenn sie von überzeugten Persönlichkeiten ausgeht und von der dadurch bedingten Selbstsicherheit begleitet ist. Das hat schon Mephisto gewußt, als er zu dem Schüler sagte:

„Und, wenn ihr nur euch selbst vertraut
Vertrauen euch die andern Seelen."

Kongresse.

Bericht über die 19. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte.

Von

Dr. E. Röper in Hamburg.

Vom 19. bis 21. September 1929 tagte in Würzburg, der Stadt des Barocks und des Steinweines, der Alma Julia mit ihrer Fülle geistig hervorragender Männer und der gleicherweise durch Geschichte, wie Naturschönheit reizvollen Umgebung, die Gesellschaft Deutscher Nervenärzte. Der Besuch war trotz der vielen Kongresse gut, der Inhalt der Tagung schwere Kost. Da die beiden Hauptreferenten Pette (Magdeburg) und Spielmeyer (München) sich nicht einig waren, doppelt schwer; das Ganze aber hochinteressant und belehrend, keiner ging unbefriedigt.

Die Referate behandelten das noch ungeklärte Gebiet: Infektion und Nervensystem. Dabei wurden nicht besprochen, die primär auf das Mesoderm sich auswirkenden Prozesse, d. h. nicht die Meningitiden, nicht die bakteriell-eitrigen Affektionen, auch nicht Lues und Tuberkulose. Gegenstand der Referate waren jene Krankheiten, bei denen das Agens in entzündungserregender Weise ausschließlich das Zentralnervensystem befällt, und zwar bestimmte Teile des Parenchyms und diese vorübergehend oder dauernd schädigt. 18 Vortragende zu diesem Thema versuchten weiter die Frage zu klären.

Pette führte aus, daß sich wohl die Symptomenbilder der auf diese Weise entstehenden Krankheiten überschnitten, daß aber jede spezifische Infektion Achsensymptome zeige, so sei die nosologische Einheit jeder Krankheitsform striktest festzuhalten. Pette teilt die hier zu besprechenden Krankheitsbilder in zwei Formenkreise:

I. Die akut entzündlichen Erkrankungen vornehmlich der grauen Substanz. Hierher gehören: Herpes-Enzephalitis, Encephalitis epidemica, Poliomyelitis, Lyssa, Bornasche Krankheit. Die experimentell biologische Erforschung dieser Krankheiten wurde durch das Herpesproblem neu belebt und auf eine neue Basis gestellt. Das den Herpes simplex erzeugende Agens ist einheitlich; ebenso die anderen Vira, deren Neurotropismus, die Viruswanderung und die Affinität zu bestimmten Teilen des Zentralnervensystems bedingt. Beim Zoster ist die Neuro- und im weiteren Sinne Ektodermotropie dieses Agens durch das häufige Übergreifen auf Wurzelnerven und Rückenmark, die Veränderungen der spinalen und sympathischen Ganglien, sowie durch die Beteiligung der Epidermis in Form der Herpeseruptionen, gekennzeichnet. Beim Zoster werden zentral gelegene sympathische Elemente primär befallen. Klinisch stehen dem Zoster nahe die akute Plexusneuritis, sowie gewisse andere Formen der akuten Neuritis, zumal die akute Polyneuritis vom Typ der Landryschen Paralyse.

Bei seinen Experimenten impft Pette Herpesbläscheninhalt in die Konjunktiva der Versuchstiere. Es läßt sich histologisch nachweisen, daß sowohl die Lymphbahnen wie die Achsenzylinder Wege für das Herpesvirus sind.

II. Die akut entzündlichen Erkrankungen vornehmlich der weißen Substanz. Es sind die akute diffuse und disseminierte Enzephalomyelitis. Postvakzinale Enzephalitis, Masernenzephalitis, auch die akute diffuse, sowie die akute multiple Sklerose gehören hierher. Beherrscht wird das Krankheitsbild durch Symptome der Markfaserung speziell des Pyramidensystems. Der Optikus kann beteiligt sein. Die akut einsetzenden Krankheitssymptome können sich schnell und restlos, falls es nicht zum Exitus kommt, zurückbilden, seltener unter bleibendem Defekt ausheilen. Im akuten Stadium werden bei allen diesen Krankheitsformen im Liquor, wie histologisch, Zeichen echter Entzündung nur ausnahmsweise vermißt.

Die Ursache all dieser Erkrankungen ist nach Pette ein ultravisibles, filtrierbares Virus, dessen Vermehrung und Arterhaltung an die lebende Zelle gebunden ist, und zwar an die Zelle ektodermaler Herkunft. Die Verbreitung des Virus mit dem Liquor-Lymphstrom und seine Affinität zu ihm biologisch nahestehenden Zentren gibt die spezifischen Krankheitsbilder. Die lädierte Schleimhaut des Nasen-Rachenraumes und des Magens sind die Eintrittspforten. Das Vakzinevirus selbst ist nicht der Erreger der postvakzinalen Enzephalitis. Für die Pathogenese nimmt Vortragender einen endogenen und exogenen Faktor an, außer dem Vorhandensein des Virus muß für die Entstehung des Krankheitsprozesses eine gewisse Vorbereitung des Organismus angenommen werden. Diese interessanten, durch viele Tierexperimente und klinische Beobachtungen in jahrelanger Arbeit gewonnenen Anschauungen fanden durch den Korreferenten Spielmeyer (München), den bekannten Hirnanatomen, keine Bestätigung. Ja, wesentliche Teile seines Referates, das den pathologisch-anatomischen Teil umfassen sollte, wurden damit ausgefüllt, die Petteschen Ansichten zu widerlegen.

Bei allen möglichen bakteriellen Infektionen zeigt sich, daß ein und dieselbe Noxe sehr verschiedene Veränderungen im Zentralnervensystem setzen kann. Regressive Parenchymschädigungen; Zirkulationsstörungen; Entzündungen mit reaktiven, exsudativen und infiltrativen Vorgängen; Kreislaufstörungen, alterative Veränderungen sind die Hauptsyndrome der allgemeinen Pathologie,

sie haben im ZN. ihre besondere Qualität. Hier sind Mesenchym und gliöses Interstitium das Stroma. Die reaktiven Gliawucherungen kommen bei infektiösen Erkrankungen auch ohne leuko- und lymphozytäre Infiltration des mesenchymalen Blutgefäßbindegewebsapparates vor. Man darf die Glia nicht, wie Pette es tut, zum Parenchym rechnen. Als interstitielles Gewebe reagiert sie auf den funktionellen Reiz, den oft eine Infektion gibt, mit eigenartiger Proliferation, insbesondere mit der Bildung ablösungsfreier Zellen.

Grundverschieden kann der Schaden sein, den eine Infektion am ZN. anrichtet. Pette hat den Satz aufgestellt, daß die allgemeinen Gewebsveränderungen durch invisible und durch visible Noxen voneinander verschieden seien, bei den letzteren erkranke zunächst das Parenchym, das Wesentliche des ganzen Geschehens spiele sich in der Glia ab, während die infiltrativen bzw. mesodermalen Erscheinungen erst etwas Sekundäres seien. Nach Spielmeyer besteht kein Unterschied in der Richtung, daß die invisiblen Vira im Gegensatz zu den bakteriellen Schädlichkeiten eine gliöse Reaktion hervorrufen und die Erscheinungen am Mesenchym sekundäre wären. Die infektiöse Schädlichkeit macht eine Schädigung des funktionstragenden Gewebes, des Parenchyms und eine Steigerung der Abwehreinrichtungen; diese reaktiven Veränderungen sind die eigentliche Entzündung. Die gliösen Reaktionen sind nichts Spezifisches für die verschiedene Vira. Die Ansicht Pettes, daß dort, wo bei bakteriellen Infektionen ähnliche Vorgänge bestehen, nicht das Bakterium selbst, sondern ein von ihm gebildetes Toxin verantwortlich zu machen sei, entspricht nicht dem, was Spielmeyer an seinen Präparaten sah. Er weist darauf hin, daß man in rein gliösen Wucherungen Staphylokokken fand. Weiter gibt der Ref. viele histologische Details zur Stütze seiner Ansicht, besonders ist er mit Wohlwill gleicher Meinung, daß die multiple Sklerose und die Encephalitis disseminata anatomisch und klinisch different seien. Besonders weist S. unter Betonung der Steinerschen Spirochätenbefunde — deren Allgemeingültigkeit Pette ablehnt — auf die histologische Tatsache hin, daß kein anderer Prozeß Herde mache, die in allen Stücken denen der multiplen Sklerose ähnlich seien, wie die durch die Spirochaeta pallida hervorgerufene Paralyse.

Wo eine Schädlichkeit eine krankhafte Steigerung der lebendigen Abwehrmechanismen hervorruft, sind die Gewebsbilder in den Grundzügen übereinstimmend, gleichviel, ob es sich um die Auswirkung visibler oder invisibler Noxen handelt, um infektiös toxische Schädlichkeiten, um Vergiftungen exogener Art oder auch um Reaktionen auf endogene körpereigene, selbst organeigene Stoffwechsel und Zerfallsprodukte. Immer wird der gleiche Abwehrapparat in Funktion gesetzt. Neben der Ursache kommen zeitliche und örtliche Momente in Betracht, neben der Qualität und Intensität der Noxe vor allem der Reaktionszustand des Organismus.

Das bisher Mitgeteilte zeigt, daß unter den Forschern eine Einigkeit keineswegs besteht. Pette selbst bezeichnet seine Ansichten zum guten Teil als Hypothesen, aber Hypothesen gehen den strikten Beweisen ja oft voraus, Spielmeier wurzelt in dem pathologisch-anatomisch Sichtbaren. 13 Diskussionsredner sprachen teils für, teils gegen die Auffassung der Ref. Ecconomo erinnerte an die Singultusepidemien, an die Epidemie von Breinl in Anatolien und an die Encephalitis japonica; hier wie bei der Encephalitis lethargica kommen wir mit unseren heutigen bakteriologischen Kenntnissen nicht aus.

Nun folgte ein Vortrag des Ordinarius für Tierheilkunde Prof. Zwick in Gießen. Die Bornasche Krankheit der Pferde ist eine seuchenhafte Gehirn- und Rückenmarksentzündung, ätiologisch wohl den in den Referaten behandelten Krankheitsformen nahestehend. Den Namen trägt die Krankheit nach der Kreishauptmannschaft Borna, dort wurde sie in den 90er Jahren zuerst beobachtet. Etwa 900 Pferde erliegen alljährlich dieser Seuche. Bemerkenswert ist, daß die Krankheit nur Pferde in landwirtschaftlichen Betrieben befällt. Ende Frühjahr und im Sommer werden die meisten Fälle beobachtet. Die Tiere stehen müde, schlaff, somnolent da, lehnen den Kopf an, die Vorderbeine werden gekreuzt — Tangostellung —, Zwangsbewegungen treten auf, Manege- und Kreisbewegungen. Hautsensibilität gesteigert. Zuweilen bietet sich das Bild der Genickstarre. Im weiteren Verlauf Lähmungen. 80—90 Proz. Mortalität. Im Falle der Genesung oft Bewußtseinsstörungen, Amaurose.

Pathologisch-anatomisch findet sich das Bild der disseminierten Encephalomyelitis lymphocytaria, die hauptsächlich an die Gefäße gebunden ist. Als spezifische Gebilde findet man azidophile Kerneinschlußkörperchen. Der Sitz des Leidens ist vornehmlich das Riechhirn und Mittel- und Zwischenhirn. Ein Film veranschaulichte das Vorgetragene, das ja für viele Ärzte ein Novum darstellt.

O. Seifried (Gießen) und H. Spatz (München) sprachen über die Ausbreitung der enzephalitischen Reaktion bei der Bornaschen Krankheit der Pferde und deren Beziehungen zur Encephalitis epidemica, zur Heine-Medinschen Krankheit und zur Lyssa des Menschen. 16 Pferdegehirne, ebensoviele Fälle von Encephalitis epidemica acuta und ein kleineres Material der beiden letztgenannten Krankheiten, über die es aber schon anatomische Arbeiten gibt, lagen den höchst interessanten Vorträgen und Demonstrationen zugrunde. Es wird bei diesen vier Krankheiten eine nicht eitrige Polioenzephalitis, ohne wesentliche Beteiligung der Meningen, gefunden, sie ist bald mehr diffus, bald eine mehr knötchenförmige Gliaproliferation. Wenn man von den Ganglienzelleinschlußkörperchen — den Negrischen Körper-

chen bei der Lyssa, den Jostschen Körperchen bei der Bornaschen Krankheit — absieht, so sind die Veränderungen der Art nach so ähnlich, daß eine Differentialdiagnose unmöglich ist. Auch die Ausbreitung der entzündlichen Reaktion stimmt überein; besonders schwer sind die Veränderungen im Mittelhirn und Zwischenhirn und zwar in der Umgebung des Aquaeduktus und in der Substantia nigra beim Mittelhirn, das Zwischenhirn ist in den ventrikelnahen Abschnitten dem Hypothalamus, dem Infundibulum und Tuber cinereum besonders getroffen. Im Rautenhirnbereich besteht bei den vier Enzephalitiden eine Bevorzugung der Haubenteile gegenüber den Fußabschnitten. In den Fällen, in denen das Kleinhirn betroffen ist, sind die Kerne, besonders der Nucleus dentatus, stärker befallen, als die Rinde. Die vier hier besprochenen Krankheiten sind nach Sp.s Ansicht zu einer Gruppe zusammenzufassen, während das für die Herpes encephalitis nicht gilt. Bei Bornascher Krankheit, Heine-Medin und Lyssa besteht sicher auch eine ätiologische Verwandtschaft. Ein ultravisibles, filtrierbares, glyzerinresistentes Virus ist bei diesen drei Krankheiten nachgewiesen worden. Besonders interessant erscheint die Verwandtschaft zwischen Bornascher Krankheit und Encephalitis epidemica, die Übertragung letzterer ist im Gegensatz zu der Bornaschen Krankheit, die Zwick bei Pferden und Kaninchen künstlich erzeugen konnte, noch nicht geglückt.

Praktisch wichtig ist die Hoffnung, daß man durch Immunsera eine ätiologische Therapie, bzw. Prophylaxe anwenden kann.

In der sehr ausgiebigen Diskussion wurde durch Benda ein Fall von Choreaenzephalitis mitgeteilt; 17jähriger Jüngling mit Hyperkinesen und Herpes labialis. Der auf Kaninchen überimpfte Herpesbläscheninhalt brachte typische Bilder von Enzephalitis. Economo (Wien) teilt mit, daß die Grippe aller Wahrscheinlichkeit nach auch auf ein ultravisibles Agens zurückzuführen ist, jedoch die Grippe-Enzephalitiden — zum Unterschiede von der Encephalitis lethargica und der ihr nahestehenden Erkrankungen — durch mesodermale-vaskuläre Entzündungsprozesse charakterisiert seien.

Wieder traten die Hauptreferenten in der Diskussion auf den Plan, um für ihre Ansicht zu streiten. Pette sieht in der Spatzschen Auffassung, daß Poliomyelitis, epidemische Enzephalitis und Bornasche Krankheit nosologisch eng zusammengehören eine Stütze seiner Ansicht und der Richtigkeit des von ihm aufgestellten ersten Formenkreises. Wenn Pette die herpetische Enzephalitis ebenfalls zur Gruppe der vorher genannten Krankheiten gerechnet hat, so veranlaßten ihn hierzu in erster Linie biologische Tatsachen. Das histologische Bild der herpetischen Enzephalitis kann außerordentlich variieren, Neigung zu ausgesprochener Nekrosebildung und zu diffuser Prozeßausbreitung innerhalb der weißen Substanz fand er, wie Spatz und Spielmeyer. Bei Verimpfung weniger virulenter Stämme beschränkt sich der Prozeß meist vorwiegend auf die graue Substanz. Spielmeyer betonte dahingegen, daß der von Pette in den Mittelpunkt gestellte Herpes anatomisch ein ganz anderes histologisches Bild gebe, als die vier zusammengehörigen Polioenzephalitiden. Gärtner (Halle) berichtete über einen gewissen Parallelismus in der Lokalisation der von Spatz beschriebenen Enzephalitisformen und der Speicherung von Trypanblau bei Zufuhr vom Blut aus. Die Gliagrenzmembran als wichtiger Teil der Blutliquorschranke hält den Farbstoff vom ektodermalen Anteil des Gehirnes fern; eine Ausnahme macht die Gegend des Hypophysenstiels, wo der Nucleus supraopticus und das Tuber cinereum Trypanblau speichern. Vielleicht ist diese Gegend ein Locus minoris resistentiae für die ultrafiltrierbaren Viren. Spatz hingegen glaubt nicht, daß der bei intravenöser Trypanblauinjektion isoliert Farbstoff speichernde Hypophysenstiel der Ausgangspunkt der Infektion und der Veränderungen jener von ihm geschilderten vier Krankheiten sein könne.

Steiner (Heidelberg), bekannt durch seine Spirochätenfunde im Zentralnervensystem bei der ja auch heute ätiologisch noch immer dunklen multiplen Sklerose, sprach über das Problem der Erregerpersistenz im Zentralnervensystem. Bevor man die Infektionskrankheiten des Nervensystems schematisch einteilt, sind eine Reihe Vorfragen zu lösen. Es besteht keine Parallelität zwischen Erregerpersistenz und histologischen Gewebsreaktionen. Aus dem Beispiel der inaktiven Erregerpersistenz bei der Rekurrensimmunratte scheint man schließen zu können, daß das Gehirn bzw. die zentralnervöse Substanz die Serumimmunstoffe zu absorbieren in der Lage ist und daß die Barrierentheorie verlassen werden muß. Es liegt nahe, diese Anschauungen auf das Problem der aktiven, mit intermittierenden inaktiven Phasen einhergehenden Persistenz beim Syphilis-Metasyphilisverlauf zu übertragen; wenn wir hier einen Antagonismus zwischen Haut (starkes Immundepot) und Hirn (Immunkörperneutralisation) annehmen, so können wir zu einer Erklärung der Heilkraft der verschiedensten zu Heilzwecken bei progressiver Paralyse angewandten akuten Infektionskrankheiten — Malaria, Rekurrens, Sokodo — kommen. Es wird uns verständlich, wie durch den starken Zerfall von Gewebselementen in der Haut, etwa bei der Salvarsandermatitis, außerordentlich viele Immunstoffe frei werden und so ebenfalls zur Heilung beitragen.

Jahnel (München) konnte neuerdings zeigen, daß die Hühnerspirochäten zu denjenigen Erregern gehören, die zwar ins ZN. eindringen, aber dort nicht persistieren. Bei Vögeln verschwinden die Spirochäten zuerst aus dem Blut, dann aus den inneren Organen und zuletzt aus dem ZN. Auch bei Säugetieren, bei denen sich durch Übertragung großer Erregermengen eine unnatürliche Infektion erzielen läßt, zeigen die

Hühnerspirochäten das gleiche Verhalten. Sie dringen also bei sehr verschiedenen Tieren ins Zentralnervensystem ein. Andere Spirochäten, so die Erreger der Syphilis, verhalten sich anders; sie sind bei der Maus regelmäßig, bei dem Kaninchen nur ausnahmsweise im Gehirn nachweisbar.

Über die Theorien der Schlafauslösung wurden Vorträge gehalten und wohl nicht ganz eindeutige Filme gezeigt. Umstritten war die Malariabehandlung der multiplen Sklerose, im ganzen wohl ablehnend. Interesse erregten die Bilder einer Masernenzephalitis und therapeutische Versuche Lampls (Prag) zur Therapie der chronischen Encephalitis epidemica. Er hat abgebaute Hirnsubstanzen zusammen mit Serum und Eiweiß therapeutisch verwendet; dann auch eine kombinierte Solanaceen-Proteinkörper-Kalziumtherapie, bei der zwei Solanaceenalkaloidpräparate, Enzephanyl und Striasolan zur Verwendung kommen, unterstützt von Arsen, durchgeführt.

Eine sehr lebhafte und lehrreiche Diskussion schloß sich an den Vortrag Curschmanns (Rostock) über die Nervenstörungen der Biermerschen Anämie und die Lebertherapie. Entgegen der Annahme anderer Autoren fand sich keine Zunahme des spinalen Syndroms der perniziösen Anämie seit Einführung der Lebertherapie. Die spinalen Symptome in beginnenden und stationären Stadien müssen peinlichst gesucht werden, die Lebertherapie bringt hier keinen Nutzen, auch bei guter oder befriedigender Besserung des Blutes. Redlich (Wien) und andere Diskussionsredner bestätigten diese Auffassung. Es wurden aber auch gegenteilige Ansichten laut, die optimistischer waren.

Klieneberger (Königsberg) sprach zur Beurteilung der Unfallneurosen, hierbei unterzog er besonders das Buch W. Rieses: „Die Unfallneurose als Problem der Gegenwartsmedizin" einer recht abfälligen Kritik, er bezeichnete es als ein Konglomerat absurder Darbietungen. Eliasberg (München), einer der Autoren dieses geschmähten Buches, bat Klieneberger einen Weg aus diesem Wirrwarr zu zeigen, denn die Ablehnung sei sehr oft weder rechtlich, noch sozial, noch medizinisch von irgendeinem Wert. Röper (Hamburg) will das Problem grundsätzlich nur im Zusammenhang mit der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Frage, der Versorgung der Abbrüchigen, entschieden sehen. Oft genügt es das Zustandsbild zu schildern und die letzte ätiologische Entscheidung dem zuständigen Gericht zuzuschieben. Den Geist unserer Zeit als den praktisch entscheidensten Faktor müssen wir mit in den Kreis unserer Überlegungen ziehen.

O. B. Meyer (Würzburg), der hoch zu lobende Schrittmacher des Kongresses und unermüdliche Führer und Erklärer, berichtete über Sensibilitätsprüfungen bei Rückenmarkskompression, er fand bei seinen Prüfungen Streuungen bis zu drei Segmenten und zwar verschieden, da man von unten nach oben, oder von oben nach unten untersuchte. Hier hilft die Lipoidolprobe in zweifelhaften Fällen.

A. Wallenberg (Danzig), dem bei diesem Kongreß die Erbmedaille verliehen wurde, trug seine Untersuchungen über die Verbindungen basaler Vorderhirn- und Zwischenhirnzentren mit dem großen sensiblen Trigeminuskern der Ente vor. Das war das Ende dieser höchst inhaltreichen und belehrenden Tagung. Eine schwere Kost, gelockert durch den Genuß des Zilcher Trio im kerzenbeleuchteten Kaisersaal, durch prächtige Reden Foersters, eines Meisters der Eloquenz, und Würzburgs Liebreiz. In der wirtschaftlichen Sitzung wurde über die neue Adgo Klage geführt und die schlechten Verdienstmöglichkeiten des Nervenarztes, man hofft auf die neue Struktur des Hartmannbundes.

Das Neueste aus der Medizin.

Die Gersonsche Diätbehandlung der Tuberkulose

steht noch immer im Vordergrund des Interesses, wenn auch — zum Glück! — in der Tagespresse nach dem anfänglichen Sturm wieder Stille eingetreten ist. Zwischen den Nächstbeteiligten, nämlich den Herren Sauerbruch und Gerson selbst, scheint sich eine Meinungsdivergenz entwickelt zu haben, deren polemischen Ausdruck man in einer Fachwochenschrift finden kann, nicht zur Erquickung allerdings. Denn schon wird mit harten Worten gefochten. Inzwischen hat an verschiedenen Stellen in aller Stille die Arbeit zur wirklichen Klärung der Hauptfrage eingesetzt, der Frage nämlich, ob diese Diätform ein Heilmittel der Tuberkulose überhaupt und dann also auch der Lungenschwindsucht darstellt oder Bedeutung nur für bestimmte Teilformen wie den Lupus beanspruchen kann. So hat bereits eine Anstalt von der Bedeutung des Sanatoriums St. Blasien unter Bacmeisters tatkräftiger Leitung mit der vorurteilslosen praktischen Erprobung der neuen Kostform an Lungenkranken den Anfang gemacht; es ist dort eine besondere Abteilung für diese Behandlungsart eingerichtet, natürlich ohne daß Liegekur und die etwa notwendigen chirurgischen Eingriffe unterblieben. Da andere renommierte Anstalten vermutlich nachfolgen werden — es sprechen ebensosehr dafür die ärztlich-forscherischen Pflichten wie die Gesichtspunkte der wirtschaftlichen Konkurrenzfähigkeit! — darf man wohl in Frist von einigen Jahren wirklich brauchbare Ergebnisse erhoffen. Man wird gut tun, nicht zuviel zu erwarten. Im Ausland ist das Interesse für das neue Verfahren längst nicht so beträchtlich wie

bei uns. Ein namhafter Vertreter der Davoser Lungenfachärzte erklärte in einem Gespräch, dem Ref. beiwohnte, man erwarte in den Schweizer Kurorten sich nichts von der Gersonmethode für die Phthise. Zudem sei diese Kost für die Kranken eine derartige „Strafe" (wörtlich), daß ihre Durchführung auf unüberwindlichen Widerstand stoßen müsse. Eine Auffassung, die zum mindesten die starke Rolle des psychischen Faktors bei den bisherigen Heilerfolgen erhärtet; die Ärzte, die bisher die Gersonkost wirklich anwenden konnten, verfügten eben auch über die suggestive Führerkraft, um ihren Kranken die sicherlich unbequeme und entbehrungsreiche Kost aufzunötigen.

Über die Bedeutung des ständigen Herdes von Gelbfieber

an der afrikanischen Westküste für Europa in hygienischer wie in politischer Hinsicht ergeht sich Prof. W. H. Hoffmann (Habana) in der Münch. med. Wschr. (H. 39) in sehr lesenswerten Ausführungen. Bekanntlich ist das Gelbfieber dem Ursprung nach eine afrikanische Seuche und in Amerika nur eingeschleppt. Während es dort möglich war, die Seuche durch umfassende hygienische Maßnahmen einzuschränken und ihrer schlimmsten Schrecken zu berauben — allerdings noch nicht, sie gänzlich auszurotten! —, stößt ein solches Unterfangen in Afrika auf weit höhere Schwierigkeiten. Dabei grassiert die Krankheit gerade in diesen Gegenden in ihrer für Europäer gefährlichsten, sehr häufig letalen Form (Sterblichkeit der schweren Epidemien bis zu 80 Proz.!). Daraus entsteht zunächst eine chronische Einschleppungsgefahr für Südeuropa, denn der Überträger, die Mücke Aedes aegypti, gedeiht auch dort und die vielberufene griechische Dengue-Epidemie des vorigen Jahres kommt auf ihr Konto. Außerdem aber ist diese Dauerverseuchung Westafrikas das wesentlichste Hindernis für die Urbarmachung und Besiedelung des noch leeren Landes, das nach Lage und Entwicklungsmöglichkeiten „wie von Gott dazu bestimmt erscheint, Europas Bevölkerungsüberschuß aufzunehmen". Wenn der Verf. in den sich an diese Äußerung anschließenden weniger medizinischen als politischen Gedankengängen die Meinung ausspricht, daß letzten Endes doch nur die Raumnot der europäischen Völker die Ursache des Weltkrieges sei, möchte man allerdings Einwände erheben. Raumnot in England, das damals noch Kanada, Südafrika und Australien als Kolonien besaß? In Frankreich, das sein eigenes Land nicht mehr mit Menschen zu füllen vermag und dazu eins der größten Kolonialreiche in bestem Klima sein Eigen nennt? Und am Ende auch Raumnot in Rußland!? Davon abgesehen ist jedoch die Abhandlung der schon heute bestehenden Möglichkeiten zur Assanierung des Landes und Erschließung für Europäer sehr belangreich. Hierfür spricht Hoffmann besonders auch der Schutzimpfung beträchtlichen Wert zu. Man wird dem Verf. von Herzen beipflichten, wenn er sagt, daß diese große Aufgabe nicht ohne entscheidende Mitwirkung Deutschlands in Angriff genommen werden dürfe.

Zu neuen Auffassungen über die Physik der Aggregatzustände

führen experimentelle Forschungen vornehmlich von Franz Simon, über die K. Kuhn in der „Umschau" (H. 39) berichtet. Man weiß, daß echte Gase oberhalb einer gewissen, der „kritischen" Temperatur auch durch die stärksten Drucke nicht zu verflüssigen sind. Für den festen Zustand scheint es jedoch eine solche Grenze nicht zu geben, oder wenn doch, so müßte sie erheblich höher liegen als für den flüssigen, was mindestens ebenso paradox wäre. Jedenfalls ist es Simon gelungen, Wasserstoff, Helium, Argon, Neon bei Temperaturen, die hoch über den kritischen gelegen waren, in den kristallinisch-festen Zustand überzuführen, allerdings unter Heranziehung ganz enormer Drucke. So wurden 600 ccm Helium bis auf $^1/_{10}$ ccm komprimiert, was einem Druck von 6000 Atmosphären entspricht. Man muß aus diesen Ergebnissen den Schluß ziehen, daß das Erdinnere feste Beschaffenheit hat, nicht, wie lange angenommen wurde, flüssig ist. Mit den Ergebnissen der Bebenforschung stimmt das ausgezeichnet zusammen.

Dr. Richard Wolf (Berlin).

Tagesgeschichte.

Fürst Bülow †. Es mag befremdlich erscheinen, daß in einer medizinischen Zeitschrift von dem Tode dieses Staatsmannes Notiz genommen wird. Der verstorbene Fürst stand aber der Medizin näher, als allgemein bekannt ist. Durch seinen Freund Renvers hat er soviel Interesse gewonnen, daß er sogar vielfach an medizinischen Vorträgen im Kaiserin Friedrich-Hause teilgenommen hat und sichtbar erfreut die Ehrenmitgliedschaft des Reichsausschusses für das ärztliche Fortbildungswesen übernahm. In dieser Eigenschaft senden wir dem Verstorbenen die letzten Grüße und danken ihm für das Interesse, das er uns entgegengebracht hat.

Der Wiesbadener Ortsausschuß für das ärztliche Fortbildungswesen veranstaltet seinen diesjährigen Herbstzyklus von Anfang November bis Anfang Dezember. Das umfangreiche Programm bietet I. klinische Kurse im Städtischen Krankenhaus (Prof. Kleinschmidt, Dr. Géronne, Dr. Gutmann, San.-Rat Kretschmar und Dr. Winter), im Paulinenstift (Prof. Heile und Dr. Niemann), in der Augenheilanstalt (Dr. Göring), II. eine Reihe von mehr als 40 Vorträgen über ausgewählte Kapitel der Gesamtmedizin, die von 21 Dozenten vom 6. November bis 6. Dezember in den Abendstunden (mit einigen Ausnahmen) im Museum abgehalten werden. L.

Internationale ärztliche Arbeitsgemeinschaft für Physikalische Therapie. Am 17. Oktober 1929 wurde in Budapest von Vertretern aller Kulturnationen die „Internationale Ärztliche Arbeitsgemeinschaft für Physikalische Therapie" gegründet. Die wichtigste Aufgabe der Arbeitsgemeinschaft ist die Förderung der Physikalischen Therapie im akademischen Unterricht der Studierenden der Medizin und in der Fortbildung der praktischen

Ärzte, in der wissenschaftlichen Forschung und vor allem in der Krankenbehandlung. Die Geschäftsführung liegt in den Händen des Leiters des Universitätsinstitutes für Physikalische Therapie in Jena, Prof. Dr. Grober.

Die vom 16.—18. Oktober in Berlin unter dem Vorsitz von Prof. v. Haberer (Düsseldorf) abgehaltene **Tagung der Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten** hat den Erwartungen, die man nach den Referatthemen und Referenten hegen durfte, voll entsprochen. Die Beteiligung war ungewöhnlich groß (mehr als 700 Teilnehmer). Die Referate: Endogene Magerkeit (Prof. Thannhauser, Düsseldorf), Fettsucht (Prof. J. Bauer, Wien), Pylorospasmus (Proff. Eckstein, Düsseldorf, Kirschner, Tübingen), Kardiospasmus (Proff. Starck, Karlsruhe, Payr, Leipzig), Lebererkrankungen (Proff. P. F. Richter, v. Bergmann und Mühsam, Berlin), Kritik der Pharmakologie des Verdauungskanals (Proff. P. Trendelenburg, Berlin, Westphal, Hannover) nebst den wertvollen Besprechungen fanden oft stürmischen Beifall.

Ernst Küster 90 Jahre alt. Am 2. November feierte der frühere Direktor der Marburger Chirurgischen Universitätsklinik, nachher Direktor der Chirurgischen Abteilung des Berliner Augusta-Hospitals, Geh.-Rat Ernst Küster, seinen 90. Geburtstag in Berlin. Ernst Küster erfreut sich noch vollkommener geistiger und körperlicher Frische. Wir wünschen ihm für seine kommenden Lebensjahre die gleiche Rüstigkeit, die ihn jetzt auszeichnet.

Die Medizinische Fakultät zu Freiburg i. Br. veranstaltete vom 29. bis 31. Oktober Fortbildungskurse in der praktischen Medizin. Im Anschluß daran fand der Oberrheinische Ärztetag statt. Die Kurse erstreckten sich mit einer Mittagspause über den ganzen Tag. Die einzelnen Vorträge behandelten mit Auswahl aktuelle Fragen aus der Gesamtmedizin. L.

Aus dem Strafrechtsausschuß des Reichstags. Der § 175 des jetzigen Strafgesetzbuchs (Bestrafung widernatürlicher Unzucht zwischen Personen männlichen Geschlechts oder von Menschen und Tieren) ist im Strafrechtsausschuß gefallen (mit 15 gegen 13 Stimmen). Ausschlagebend war die Argumentation des Vorsitzenden des Ausschusses, Prof. Kahl, der darauf hinwies, daß die Strafgerichtsbarkeit gegenüber den Homosexuellen versagt habe, und die Tragödie der Erpressung hervorhob. Solbrig.

Die erste Krankenhausleiterin. Frau Prof. Dr. Klothilde Gollwitzer-Meier, bisher Privatdozentin an der Medizinischen Klinik in Frankfurt/M., wurde zur Leiterin der Inneren Abteilung des Hildegard-Krankenhauses in Berlin ernannt.

Aus aller Welt. Die Hamburgische Universität hat als erste deutsche Hochschule eine Professur für Leibesübungen eingerichtet und als ersten deutschen Sportprofessor den Schweizer Mediziner Dr. Knoll (Arosa) auf diesen Posten berufen. — Eine Internationale Vereinigung zur Bekämpfung der Blindheit ist gelegentlich des Ophthalmologenkongresses in Amsterdam gegründet worden. Sie bezweckt: Internationales Studium der Ursachen der Erblindung oder Schwächung des Sehvermögens; Unterdrückung dieser Ursachen; Verbreitung der Kenntnis über alles was zur Erhaltung des Augenlichtes beitragen kann. — In Budapest wurde der von der Society of medical hydrology und der internationalen Liga zur Bekämpfung des Rheumatismus gemeinsam veranstaltete internationale balneologische Kongreß abgehalten, an welchem über 250 ausländische Ärzte aus fast allen europäischen Staaten teilnahmen. — Zur Bekämpfung der Leukämie ist von dem Gutsbesitzer Dr. med. Hasselbalch (Kopenhagen), dessen 15jähriger Sohn ein Opfer dieser Krankheit wurde, eine Stiftung von 700000 Kronen errichtet worden. Die Zinsen sollen dänischen Medizinern zum Studium der Leukämie dienen. — In Dortmund ist das Arbeitsphysiologische Institut der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft eingeweiht worden; Leiter ist Prof. Atzler. — Ein Ehrendenkmal des deutschen Sanitätskorps (Armee, Marine, Sanitätsoffiziere, Unteroffiziere, Mannschaften, Krankenträger und -wärter) wurde in Potsdam eingeweiht. Das Monument stellt einen Verwundeten dar, dem Kameraden Hilfe leisten. Der Feier wohnten zahlreiche Angehörige des früheren und jetzigen Sanitätskorps bei; nach Ansprachen der Geistlichen der drei Konfessionen hielt Obergeneralarzt a. D. Dr. Musehold die Weiherede.

Aus dem Strafrechtsausschuß. Die Frage der Ankündigung von Abtreibungsmitteln und des Erbietens zu Abtreibungen wurde letzthin verhandelt, wobei folgende Fassung zur Annahme kam: § 255. Wer zu Zwecken der Abtreibung Mittel, Gegenstände oder Verfahren öffentlich ankündigt, anpreist oder ausstellt, wird mit Gefängnis bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Straflos ist die Ankündigung oder Anpreisung eines Mittels, Gegenstandes oder Verfahrens, die zu ärztlich gebotenen Unterbrechungen der Schwangerschaft dienen, an approbierte Ärzte oder an Personen, die mit solchen Mitteln oder Gegenständen erlaubterweise Handel treiben, oder in ärztlichen oder pharmazeutischen Fachzeitschriften. § 256. Wer öffentlich seine eigenen oder fremde Dienste zur Vornahme oder Förderung von Abtreibungen anbietet, wird mit Gefängnis bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Solbrig.

Der Leiter der Lokalen Vereinigung für das ärztliche Fortbildungswesen in Cottbus, Herr Geh. San.-Rat Dr. Cramer, ist verstorben. Der Verstorbene war lange Jahre hindurch Leiter der Lokalen Vereinigung und hat sich große und bleibende Verdienste um das ärztliche Fortbildungswesen erworben. Wir werden ihn dauernd in dankbarer Erinnerung behalten.

Personalien. An der Universität Leipzig wurden der nichtplanmäßige a. o. Professor der Orthopädie Dr. Franz Schede zum ordentlichen Professor, der nichtplanmäßige a. o. Prof. Dr. med. et phil. Kurt Fahrenholz zum planmäßigen außerordentlichen Professor der Anatomie ernannt. — Zum Nachfolger des Geh. Med.-Rat A. Westphal auf dem Lehrstuhl der Psychiatrie an der Universität Bonn ist Prof. Dr. med. Arthur Hübner-Bonn in Aussicht genommen. — Der Oberarzt und Leiter der Röntgenabteilung der II. Medizinischen Klinik der Charité, Berlin, Priv.-Doz. Dr. Hans Heinrich Berg, wurde zum a. o. Professor ernannt. — Ober-Reg.- und Med.-Rat Prof. Dr. Wilhelm Haberling, Düsseldorf ist beauftragt worden, an der dortigen Medizinischen Akademie die Geschichte der Medizin in Vorlesungen und Übungen zu vertreten. — Für das Fach der Anatomie habilitierte sich in Münster i. W. Dr. med. et phil. Johann Kremer, Oberassistent und II. Prosektor am Anatomischen Institut. — Die Privatdozenten Friedrich Geller (Geburtshilfe und Gynäkologie) und Siegfried Fischer (Psychiatrie und Neurologie) in Breslau wurden zu nichtbeamteten a. o. Professoren ernannt. — Dr. Rudolf Spanner (Anatomie) in Kiel ist zum nichtbeamteten a. o. Professor ernannt worden. — In München haben sich Dr. Hermann Bautzmann für Anatomie und Entwicklungsgeschichte, Dr. Heinz Bürkle de la Camp für Chirurgie und Dr. Martin Müller für Geschichte der Medizin habilitiert. — Geh. Med.-Rat Heinrich Gerlach, früher Direktor der Provinzial-Heilanstalt in Münster, ist, 84 Jahre alt, gestorben. — Prof. Ernst Frey (Rostock) ist zum Nachfolger von Prof. W. Heubner für den Lehrstuhl der Pharmakologie in Göttingen in Aussicht genommen. — Prof. Rudolf Salzwedel, Generalarzt a. D., ist, 75 Jahre alt, gestorben. — Priv.-Doz. Artur Buzello (Greifswald) ist zum nichtbeamteten außerordentlichen Professor für Chirurgie ernannt worden. — Dr. Maximilian Krassnig ist als Privatdozent für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde in Graz zugelassen worden. — Ober-Reg.-Med.-Rat Paul Jottkowitz (Berlin) ist für 1929/30 zum Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin, gewählt worden. — Die Deutsche urologische Gesellschaft hat Prof. von Lichtenberg (Berlin) und Prof. Graser (Erlangen) zu Ehrenmitgliedern, den New-Yorker Urologen Mc Carthy zum korrespondierenden Mitglied gewählt.

Fortsetzung auf Anzeigenseiten 6, 10, 19 und 22.

Lippert & Co. G. m. b. H., Naumburg a. S.